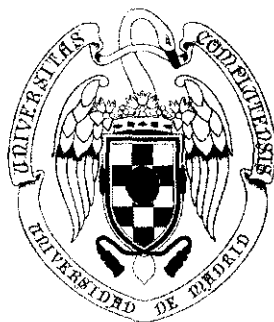


UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FARMACIA



SALUD Y SOLIDARIDAD:  
GESTIÓN DE MEDICAMENTOS  
EN CAMPOS DE REFUGIADOS

AUTORA: M<sup>a</sup> CRISTINA BUSTINDUY FERNÁNDEZ

DIRECTORES: PROF. DR. D. ÁNGEL GIL MIGUEL  
PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> D<sup>a</sup>. PALOMA ASTASIO ARBIZA

TESIS DOCTORAL  
MADRID, 1999



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA  
Medicina Preventiva y Salud Pública

ÁNGEL GIL MIGUEL, Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Facultad de Medicina y PALOMA ASTASIO ARBIZA Profesor Titular E.U. de Medicina Preventiva y Salud Pública del Departamento de de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia Medicina de la Facultad de Farmacia

HACEN CONSTAR:

Que D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> CRISTINA BUSTINDUY FERNÁNDEZ ha realizado el trabajo de investigación titulado ***“SALUD Y SOLIDARIDAD: GESTIÓN DE MEDICAMENTOS EN CAMPOS DE REFUGIADOS”*** bajo nuestra dirección para optar al grado de Doctor en Farmacia. El mencionado trabajo cumple los requisitos del método científico y sus contenidos son adecuados a los objetivos previstos.

Y para que así conste lo firmamos en Madrid a veintitres de Abril de mil novecientos noventa y nueve

Fdo. Prof. Gil Miguel

Fdo. Prof<sup>a</sup>. Astasio Arbiza

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi hija Amaya, por compartir desde España, las alegrías y los malos ratos que este trabajo nos aportó. Su ilusión ha sido el motor de esta Tesis y de mi vida. Gracias.

A Benito del Castillo, que me impulsó a volver a estudiar después de tantos años. Gracias.

A Angel Gil, mi Director de Tesis. Su paciencia fue esencial para poder pasar de las primeras páginas. Gracias

A Paloma Astasio mi Directora de Tesis, por su extraordinario sentido del humor para levantar mi ánimo en los momentos más difíciles. Gracias.

A Paloma Ortega, por la ayuda que me ha prestado desde el principio, hasta el último párrafo, cuidando todos los detalles. Gracias

Al Profesor D. Vicente Dominguez Rojas, por permitirme llevar a cabo esta Tesis en su Departamento. Gracias

A Consuelo Blanco, sin cuya ayuda no habría podido estar en Zaire seis meses, y por tanto esta Tesis no hubiera existido. Gracias.

A todos los que de una manera u otra han contribuido a que esta Tesis haya llegado a su final, ayudándome en todos los terrenos, con su apoyo tanto moral como material. Gracias.

A los Refugiados que en 1996 vivían en los Campos de Refugiados de Bukavu. Por todo lo que me enseñaron, Gracias.

**A todos los Refugiados de los Campos de Bukavu**



## **ÍNDICE**

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1.	Situación Geográfica de Ruanda.....	1
1.2.	Situación Histórica de Ruanda.....	2
1.3.	Situación Económica.....	7
1.4.	Situación Demográfica.....	8
1.5.	Situación Cultural.....	13
1.6.	Concepto de Refugiado.....	14
1.7.	Organismos Relacionados con los Refugiados.....	17
1.8.	Descripción General de un Campo de Refugiados.....	19
1.9.	Principales Normas del ACNUR para el Establecimiento y Funcionamiento de los Campos de Refugiados.....	21
2.	JUSTIFICACIÓN.....	49
3.	OBJETIVOS.....	52
4.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	53
4.1.	Diseño del Estudio.....	53
4.2.	Población Diana.....	53
4.3.	Descripción de los Campos de Refugiados.....	53
4.4.	Recursos Sanitarios de los Campos de Refugiados.....	64
4.5.	Organización Sanitaria.....	65
4.6.	Funcionamiento de los Servicios Sanitarios.....	68
4.7.	Fases del Desarrollo del Estudio de los Medicamentos.....	75
4.8.	Cuantificación del Suministro y Consumo de Medicamentos.....	79
4.9.	Coste de los Medicamentos Suministrados por la ONG.....	86
4.10.	Análisis de los Datos.....	87

5.	RESULTADOS.....	90
5.1.	Cuantificación Global de Suministros de Medicamentos por Vía Oral.....	90
5.2.	Análisis de los Suministros Globales de Medicamentos por Vía Oral.....	93
5.3.	Cuantificación Global de los Antibióticos.....	94
5.4.	Cuantificación por Campos de los Antibióticos.....	96
5.5.	Análisis del Suministro de Antibióticos.....	98
5.6.	Distribución del Suministro de Medicamentos según las Dos Fuentes de Aprovisionamiento: ACNUR y ONG.....	101
5.7.	Cuantificación de las Patologías.....	109
5.8.	Tratamiento de las Principales Patologías.....	113
5.9.	Descripción por Campos de Refugiados de los Medicamentos Solicitados, Recibidos y Consumidos Para Paludismo (Diciembre 95 - Febrero 96).....	119
5.10.	Descripción en cuanto al Tratamiento de las Diarreas en los Diferentes Campos de Refugiados.....	125
5.11	Descripción del Uso de los Antibióticos por Campos de Refugiados.....	126
5.12	Análisis de las Necesidades Sentidas y las Cantidades Suministradas de Medicamentos en la Globalidad de Los Campos de Refugiados.....	130
5.13.	Cuantificación y Análisis del Coste de los Medicamentos Suministrados Complementariamente a Todos los Campos de Refugiados.....	132
5.14.	Resultados de la Implantación del Sistema de las Fichas En los Campos de Refugiados.....	136

6.	DISCUSIÓN.....	138
6.1.	Cuantificación.....	148
6.2.	Distribución del Suministro de Medicamentos según las dos Fuentes de Aprovevisionamiento: ACNUR y ONG.....	154
6.3.	Descripción del Suministro de Antibióticos por parte de ACNUR y la ONG.....	156
6.4.	Cuantificación de las Patologías.....	160
6.5.	Tratamientos de las Principales Patologías.....	162
6.6.	Descripción por Campos de Refugiados de los Medicamentos Solicitados, Recibidos y Consumidos para el Tratamiento del Paludismo.....	163
6.7.	Tratamiento de las Diarreas.....	169
6.8.	Tratamientos con Antibióticos.....	170
6.9.	Análisis de las Necesidades Sentidas y las Cantidades de Medicamentos Suministradas.....	172
6.10.	Coste de los Medicamentos Suministrados Complementariamente por la ONG.....	173
7.	CONCLUSIONES.....	181
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	183

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1. SITUACIÓN GEOGRÁFICA DE RUANDA**

En el corazón de Africa, entre las montañas volcánicas que, a lo largo del Valle del Rift, dividen las mesetas de Africa Oriental de la cuenca del río Congo, se encuentra Ruanda, país que ocupa una extensión de 26.338 Km<sup>2</sup> (es decir una extensión similar a la de una pequeña provincia española).

Rwanda forma parte de la Región llamada de los Grandes Lagos, que se extiende desde el Oeste del lago Turkana y a través de los lagos Kivu y Tanganika en el Gran Valle del Rift; sus tierras altas entre los 1.200 y los 2.000 metros sobre el nivel del mar, están intensamente cultivadas.

El clima está más influido por la altitud que por la latitud, su paisaje pertenece al tipo tropical montañoso, haciéndose grandioso en la cadena de los volcanes Virunga; en su base se encuentran los lagos Bulera y Luhondo y todo el entorno está cubierto de árboles, lianas y helechos, por encima bosques de bambú donde se refugian los gorilas de montaña -especie muy escasa- más arriba de los 3.000 metros de altitud, la pradera se cubre de musgo y al superar los 4.000 metros de altitud, la vegetación desaparece y el paisaje queda dominado por las negras coladas de lava.

Debido a su altitud, que mitiga las temperaturas, Ruanda posee condiciones muy favorables al asentamiento humano ya que en torno al lago Kivu el clima es considerado como uno de los mejores de Africa. Las lluvias son abundantes y se distribuyen en dos periodos que favorecen en gran medida los cultivos.

El llamado País de las Mil Colinas no tiene salida al mar, es un país del interior cuyas límites son las fronteras con cuatro países, UGANDA, situada al Norte, BURUNDI, situado al Sur, TANZANIA, al Este y la REPUBLICA DEMOCRATICA DEL CONGO (antes Zaire) al Oeste (Mapa 1).



Base 102528 6-75

1:100,000

1:100,000

1:100,000

## **1.2. SITUACIÓN HISTÓRICA DE RUANDA**

### **1.2.a. SITUACIÓN HASTA 1.884**

La historia de Ruanda y Burundi, está íntimamente relacionada desde el principio de los tiempos.

Los habitantes que poblaban tanto Ruanda como Burundi antes de Cristo eran unos pueblos pigmeoides llamados *Batwas*, población pigmea localizada en las áreas forestales y que permanece todavía en un estado casi arcaico.

A continuación se asentaron los negros “bantúes” representados por los agricultores *hutus* que se situaron en las partes más abiertas de la meseta y de la cuenca del lago Kivu.

Ambos grupos convivieron pacíficamente hasta que en el siglo XIII comparecieron en la meseta los *tutsis* -tribus de pastores de la región etiópica dedicándose a la ganadería bovina- que se impusieron a los *hutus* y confinaron a los *batwas* o pigmeos.

En Ruanda el Mwami o rey de los *Batutsis* fue poco a poco imponiendo su autoridad y en Burundi la dinastía de los Gwana -que no pertenecían a ninguna de estas dos etnias- iba imponiendo la suya.

### **1.2.b. CONFERENCIA DE BERLÍN Y COLONIZACIÓN**

En 1884 se celebró la Conferencia de Berlín, en la que las potencias Europeas se dividieron la colonización de Africa, quedando Rwanda y Burundi bajo la tutela de Alemania y el Congo (Zaire) bajo la tutela de Bélgica.

En 1894, llegó a Rwanda el primer europeo, el explorador alemán Von Gotze, y cinco años después, en 1899, Alemania proclamó su Protectorado sobre este territorio. El mantenimiento de la dinastía reinante, con su organización de tipo casi feudal, facilitó la obra del gobierno Alemán. Lo mismo ocurrió en el caso de Bélgica respecto al Congo.



Al estallar la Primera Guerra Mundial, tropas alemanas violaron la neutralidad del Congo Belga y Bélgica reaccionó ocupando territorios del Africa Oriental alemana. Al término de la Segunda Guerra Mundial, la Sociedad de Naciones confió a Bélgica como mandato Ruanda-Burundi transformado en administración fiduciaria de la ONU en 1946.

Los historiadores sostienen que hay pocas evidencias de que existiera algún tipo de violencia étnica en la era precolonial, mucho menos limpieza étnica, pese a que la minoría *tutsi* mantenía las posiciones de poder en Ruanda.

Tanto para los alemanes como para los belgas los *tutsis*, que constituían la etnia a través de la cual gobernaban, eran individuos que parecían menos "africanos" y llegaron a la conclusión de que sus ancestros podían haber sido caucasoides. Llegaron a considerarles como "africanos blancos" de ahí que los prefirieran como funcionarios civiles, hombres de negocios, creando una serie de colegios exclusivos para su educación. Los *hutus* fueron dedicados a los trabajos del campo pero sin ser dueños de las tierras, como sirvientes, añadiéndose además la obligatoriedad de consignar en los Documentos de Identidad la etnia, con lo que quedaron establecidas las jerarquías sociales.

Al estar favorecidos los *tutsis* por la potencia colonial, empezaron a crearse tensiones entre las dos etnias que se vieron incrementadas al organizarse los partidos políticos.

El movimiento africano de independencia se hizo sentir en Ruanda, al tiempo que las ideas de igualdad y libertad avivaban en los oprimidos *hutus* un sentimiento de revancha contra los opresores *tutsis*. A la muerte del *Mwami* Mutara III en 1959 estalló la guerra civil, que obligó a miles de *tutsis* a huir a los países vecinos, comenzando así el primero de los éxodos.

Al mismo tiempo, la política de la metrópoli Belga dió un vuelco, apoyando ahora los Gobernadores coloniales a la mayoría *hutu*.

### 1.2.c. INDEPENDENCIA 1962

Un plebiscito celebrado en Septiembre 1961 se pronunció de manera aplastante a favor de la República, que fue proclamada el 1 de Julio de 1962.

Contando con el apoyo de Bélgica, las elecciones las ganó el partido Hutu, lo que fué considerado por la ONU como una "Dictadura racial de Hutus sobre Tutsis". En el mismo año se proclamó la Independencia de Burundi.

### 1.2.d. SITUACION DESDE 1962 HASTA NUESTROS DIAS

1963-1964.- Formación en Uganda del Frente Patriótico Ruandés (FPR) llamadas así las guerrillas *tutsis* que atacan Rwanda. Los *hutus* toman represalias y se produce la matanza de 10.000 *tutsis*.

1965.- Estalla un motín de soldados *hutus*, los oficiales *tutsis* no sólo lo sofocaron sino que además ejecutaron a muchos líderes políticos *hutus*. A continuación se alzaron con el poder.

1972.- Nuevo levantamiento *hutu* que fue abortado con una matanza genocida: las estimaciones sobre los *hutus* abatidos oscilan entre 80.000 y 200.000.

Según Jane Rasmussen, abogada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Ruanda y Burundi se convirtieron en pareja de una danza terrible "Cuando los *tutsis* eran matados en Ruanda, se intensificaba el miedo de los *tutsis* en Burundi y cuando eran los *hutus* los que resultaban muertos en Burundi, ejercía su efecto sobre el miedo de los *hutus* en Ruanda. El odio seguía creciendo cada vez más "

En esta época eran aproximadamente 600.000 los refugiados en las naciones vecinas desde las que atacaban por el procedimiento de guerrillas los dos países tanto Ruanda como Burundi.

1980.- A finales de 1980, Ruanda estaba en crisis. La vida se hacía difícil, añadiéndose además la depresión económica producida por la caída de los

precios del café, su principal producto de exportación, el paro se extiende, así como el descontento con el Presidente Hutu *Juvenal Habyarimana*. Mientras en el exterior, en Uganda, el FPR va ganando fuerza y cada vez es mayor el número de incursiones en Ruanda llevadas a cabo por los *tutsis*.

1993.- El Presidente *hutu* de Ruanda en un intento para salvar a su régimen que se tambaleaba, cambia de estrategia política declarando un alto el fuego con el FPR (*tutsi*), oyendo las peticiones de Francia que le apoyaba con las armas. Así empezó unas conversaciones de paz con el FPR que provocaron aún mayor descontento entre la población *hutu*. Incluso llegó a prometer a los *tutsis* la mitad de los puestos de oficiales del ejército en un intento de terminar de una vez por todas con la guerra civil que estaba asolando al país.

En Ruanda quedaban aproximadamente 1 millón de *tutsis*, cuando en el mes de Octubre los extremistas *hutus* incitaron a su matanza y ésta comenzó.

1994.- En abril cuando los presidentes *Habyarimana* de Ruanda y Ntamyamira de Burundi, ambos *hutus*, se dirigían hacia Kigali capital de Rwanda, el avión en el que viajaban fue abatido por un misil y ambos murieron.

Como si de una señal se tratara, los *hutus* comenzaron una masacre empezando por los *hutus* moderados y acabando con los *tutsis* que se iban encontrando. En 100 días más de 500.000 personas fueron masacradas a manos de los llamados genocidarios.

Mientras la Comunidad Internacional asistía como mera espectadora a estos hechos cruzándose de brazos, los *tutsis* de Uganda organizados en el FPR llegaron hasta Kigali haciéndose dueños de la situación y matando a su vez aproximadamente a unos 900.000 *hutus*. Los que estaban vivos, salieron huyendo en el mayor éxodo conocido de la historia, tanto por el número de personas, como por el tiempo en el que lo hicieron.

Así se estima que entre dos y tres Millones de personas cruzaron la frontera de Ruanda en 24 horas.

1996.- Desde el Zaire los *hutus* reatacaron Ruanda y empezaron a perseguir a los *tutsis* que llevaban viviendo muchos años en dicho país. El gobierno del Zaire dio un ultimátum a los *tutsis*: deberían marcharse bajo pena de muerte.

Fue entonces cuando los *tutsis* se aliaron con las fuerzas de oposición del Zaire que pretendían derrocar al presidente Mobutu y en el mes de noviembre lograron que los *hutus* que se habían refugiado en el Zaire volvieran a Ruanda, se estima que volvieron un millón setecientos mil *hutus*. En el Zaire las Fuerzas de Oposición consiguieron derrocar al presidente Mobutu constituyendo la República Democrática del Congo, erigiéndose como presidente Laurent Kabila.

1998.- El problema subsiste, en Ruanda hoy día hay genocidas de los dos bandos en conflicto, algunos están empezando a ser juzgados por un Tribunal de la ONU en Arusha (Tanzania), pero quién sabe si todos llegarán a ser juzgados. En setiembre se acaba de dictar la primera sentencia a cadena perpetua por crímenes contra la humanidad a un miembro del Gobierno ruandés.

1999.- Pocas noticias nos llegan en este año, ya que además quedan apagadas por la Guerra de los Balcanes, de vez en cuando sabemos que los *hutus* que volvieron de su exilio, hacen incursiones contra los *tutsis* con un saldo de víctimas no contabilizado, y a su vez, los *tutsis* hoy día en el poder, castigan las incursiones mencionadas para que no se vuelvan a repetir. El número de víctimas en ambas partes no está contabilizado. Todavía no se ha podido escribir la última palabra sobre el llamado conflicto de los Grandes Lagos.

### 1.3. SITUACIÓN ECONÓMICA

Ruanda es uno de los países africanos pobres en materias primas minerales, es debido a ello, por lo que su actividad económica se centra en la producción agrícola en la que el café constituye un 81% de las exportaciones y el té un 9%. El café fue reintroducido a finales de los años 60. En efecto, en 1959 muchas plantaciones fueron quemadas por considerarlas una imposición y un reflejo del colonialismo en el país. Esta nueva política económica agravó las divisiones sociales, al favorecer la emergencia de una burguesía rural; ésta controlaba la tierra, el comercio y la banca.

La producción minera se limita al estaño que participa con un 1% en los ingresos globales del país y al manganeso. La escasez de la producción minera y las limitaciones de la actividad agrícola determinaron al país a desarrollar - siguiendo un poco el modelo que había adoptado Kenia- la actividad turística que era también una fuente importante de divisas.

A finales de los 80, el presidente Habyarimana imprimió una nueva orientación a la gestión económica de su gobierno. Centró su política en la austeridad, gestión en la que tuvo, después de años resultados positivos. Sin embargo los primeros ataques del FPR (*tutsis*) en la frontera norte del país, es decir, la frontera de Uganda, empezaron a hacer un profundo daño a la economía, ya que centraron su estrategia en el sabotaje de las unidades productivas situadas en dicha frontera. Esta crisis obligó al presidente Habyarimana a buscar una política de diálogo, que constituyó el desencadenante de todos los acontecimientos que sobrevinieron en 1994 incluyendo su propia muerte.

Hoy después de la guerra de 1994, la economía está destruída. No obstante, se observa el esfuerzo del actual gobierno para poner en marcha de nuevo esa economía. Para ello, ha recibido importantes fondos de los países occidentales que se reunieron en Ginebra en 1995 para apoyar financieramente el plan de reconstrucción económica de Ruanda.

#### 1.4. SITUACION DEMOGRAFICA

La población de Ruanda según el censo de 1991 era de 7.952.000 habitantes siendo la densidad de población de 301,9 habitantes / Km<sup>2</sup> la más alta del Continente Africano. El último censo de 1997, es de 5.900.000 personas. Los datos que exponemos a continuación proceden del Anuario del Estado del Mundo 1997 y 1998.

Con el fin de expresar cuál es la situación sociodemográfica del país vamos a utilizar los indicadores de Salud de la OMS, expresándolos según su clasificación como la vemos a continuación :

##### 1.4.1. Indicadores de supervivencia

	Año 1994	Año 1997
Esperanza de vida hombres	51 años	40,8 años
Esperanza de vida mujeres	54 años	43,4 años
Mortalidad menores 5 años	198 /1.000	170 /1.000
Mortalidad infantil	110 /1.000	125 /1.000
Mortalidad materna	700 /100.000	700 /100.000
Natalidad	52 /1.000	43 /1.000
Indice de Fecundidad	6,55	6,2
Población menor de 15 años	46 %	44,7 %
Población mayor de 65 años	3 %	2,4 %
Crecimiento anual	2,59 %	0,3 %

Estas cifras, de las que realmente no podemos destacar ninguna sobre las demás, nos indican que se trata de un país en vías de desarrollo. Lo que podemos observar en ellas es que la situación de partida de la población antes de su salida de Ruanda no era buena y por tanto el deterioro en estas condiciones, producido por la salida del país se iba a convertir en un gravísimo problema en todos los terrenos.

### 1.4.2. Indicadores de Calidad de Vida

Este grupo de indicadores se desglosa en:

#### 1.4.2.a. Indicadores del estado de Salud

	Año 1994	Año 1997
Niños nacidos con bajo peso	16 %	17 %
Niños menores de 5 años con bajo peso	33 %	35 %
Niños con bajo desarrollo (12-23 meses)	1 %	4 %
Niños con Raquitismo (24-59 meses)	34 %	49 %

Estos indicadores nos proporcionan datos sobre la deficiente alimentación y por tanto el estado de malnutrición que presentaban los niños menores de 5 años. Observamos en los datos referidos a 1997, el empeoramiento sobre todo en los niños de más de dos años, como consecuencia de las condiciones de vida debidas a este conflicto.

#### 1.4.2.b. Indicadores de Riesgo Ambiental

Habitantes sin acceso a Agua potable	2.6 Millones
Habitantes sin acceso a Saneamiento	2.8 Millones

Estos indicadores de Riesgo Ambiental nos muestran que la tercera parte de la población no tenía acceso al agua potable ni al saneamiento, por lo que todos los parámetros de Salud era obligado que estuvieran afectados de una forma importante.

### 1.4.3. Indicadores Socioeconómicos

	Año 1994	Año 1996
Producto Interior Bruto PIB	210 Millones \$	1.128 M \$
Crecimiento Anual 1985-1994	- 6.5 %	13,3 %
Crecimiento Anual 1995	46.2 %	
Deuda Exterior Total	954 Millones \$	1.008 M \$
P I B por Habitante	740 \$	540 \$
Indice de Inflación	22. %	8,7 %
Gasto Público Educación	4,2 P N B	3,7 P N B
Gasto Público Salud	0,6 P N B	
Gasto Público Defensa	7,7 % P I B	4,4 P N B
Gasto en Prestaciones Seguridad Social	0,3 % P I B	
Indice de Cobertura de Energía	10,9 %	8,1 %
Importaciones	270 Millones \$	325 M \$
Exportaciones	72 Millones \$	154 M %
P N B per cápita en \$	310 \$	180 \$

Los indicadores Socioeconómicos nos explican la razón de ser de los que hemos visto anteriormente. Se observa que hasta el año 1994 el crecimiento fue negativo -6,5% y sin embargo con la ayuda exterior recibida el año 1995 llegó a la cifra del 46,2%.

Llama poderosamente la atención la cifra en 1994 del Producto Interior Bruto de 210 Millones de dólares. El resto de los Indicadores Socioeconómicos hablan por sí mismos. Los datos que incluimos en la columna 1996 son los únicos disponibles hasta la fecha.

Hasta aquí hemos mencionado los Indicadores que afectan a la Salud para todos. Ahora pasamos a revisar los indicadores de progreso a niveles nacionales. Dentro de estos nos encontramos con:



**1.4.4. Indicadores de Progreso en atención Primaria de Salud**

Número de Hospitales	220
Número de Camas Hospitalarias	9.046
Número de Médicos	178
Número de Dentistas	9
Número de Farmacéuticos	9
Número de Enfermeras	559

Los datos que acabamos de ver se ven complementados con la lectura de los siguientes en los que se aprecia la insuficiencia de servicios sanitarios así difícilmente pueden ser accesibles al conjunto de la población.

**1.4.5. Disponibilidad aceptabilidad y accesibilidad de los Servicios**

Número de habitantes / Hospital	35.923
Número de habitantes / Cama	874
Número de habitantes / Médico	44.399
Número de habitantes / Dentista	878.111
Número de habitantes / Farmacéutico	878.111
Número de habitantes / Enfermera	14.138

**1.4.6. Utilización de los Servicios**

Inmunización de niños de 1 año	86 %
Mujeres embarazadas con Consulta Prenatal	82 %
Partos asistidos por personal de Salud	28 %

Hemos creído necesario en esta Introducción dar una idea aproximada y somera de la situación existente en Ruanda anteriormente al conflicto del año

1994, y en los casos en los que hemos podido disponer de ellas, de las cifras de los indicadores posteriores a dicho conflicto de 1994.

Pensamos que sin estos datos en la mano no es posible hacerse una idea de la situación de partida de esta población. Por otro lado, si bien un Campo de Refugiados es una mala solución para cualquier persona, hay veces como es en este caso que en cuanto a las prestaciones sanitarias, quizá sea mejor que la situación de partida. Hay que hacer una salvedad importante y que sucede siempre que se manejan estadísticas o valores de referencia, y es que si bien efectivamente estos datos son correctos y ciertos según todos los Anuarios consultados, había un sector de la población de Ruanda que vivía en otras condiciones mucho más favorables en todos los terrenos y que en estas cifras no están reflejados.

Por otro lado las cifras del vecino país Zaire que los acogió no distan mucho de las que aquí hemos recogido, de ahí que hagamos hincapié en el agravio comparativo sufrido en muchos casos por la población zaireña.

### 1.5. SITUACION CULTURAL

Analfabetos adultos(más de 15 años)	1.8 millones
Mujeres Analfabetas (mayores 15 años)	1.2 millones
Indice de Analfabetismo	39,5 %
Escolarización 12-17 años	36,4 %
Libros publicados (Títulos)	207
Niños que no asisten a la escuela 1ª o 2ª	1.4 millones

La situación cultural la hemos separado de los datos demográficos y de la situación de los indicadores de Salud, ya que sólo a la vista de los datos arriba expuestos, creemos que merece una dedicación especial.

Si consideramos que la cifra de Analfabetismo de adultos mayores de 15 años es de 1.8 millones de personas y la cifra de las mujeres es de 1.2 millones quiere decir que el 66,66% de los analfabetos son mujeres.

Siendo el índice de analfabetismo del 39,5%, quiere decir que entre las mujeres el analfabetismo alcanza cifras del doble de la media, influyendo con ello en la educación de los hijos y en las prácticas poco higiénicas y poco saludables de las familias por desconocimiento, ya que siguen poniendo en vigor las prácticas ancestrales de sus antepasados.

En el momento en que en un país empieza a mejorar la situación educativa, el país empieza a desarrollarse de una manera más o menos rápida pero mientras subsistan estos niveles de niños que no asisten a la escuela difícilmente el futuro para ellos puede dejar de ser incierto.

## 1.6. CONCEPTO DE REFUGIADO

Si bien el eje esencial y el protagonista absoluto de nuestro trabajo, es el refugiado, no es fácil encontrar una definición clara de éste, así pues el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) lo define como:

*Cualquier persona que se encuentra fuera de su país de origen y que, debido a fundados temores de ser perseguido no puede o no quiere acogerse a la protección de ese país.*

La Convención de la Organización de Unidad Africana (OUA) da una definición más amplia en la que dice:

*Toda persona que, por motivos de agresión exterior, ocupación, dominación extranjera u otros acontecimientos que hayan perturbado gravemente el orden público en la totalidad, o en una parte, de su país de origen o nacionalidad, se vea obligada a abandonar su lugar habitual de residencia para buscar refugio fuera de su país de origen o nacionalidad.*

La cifra mundial de refugiados reconocida por ACNUR es de 23 millones de personas que han huido a otro país y otros 25 millones de personas desplazadas dentro de su propio estado. Por tanto una de cada 130 personas en el mundo es un refugiado, desposeído de sus bienes, entorno, familia y hasta de su propia ciudadanía.

La debilidad estructural, económica, política, institucional, medioambiental y social de alrededor de 50 Estados, en particular en Africa subsahariana y en territorios de la ex-URSS hace que la llama de los conflictos armados se extienda con gran facilidad. En casos como el del Zaire, esta situación desemboca en la violencia contra los refugiados, y en una tensión por la escasez de los recursos -agua, comida, medicinas, transportes- entre los refugiados que llegan y los habitantes del lugar.

Los principales instrumentos internacionales que tratan de la protección de los refugiados son el: Estatuto de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (Resolución 428 (V) de la Asamblea General del 14 de Diciembre de 1950, la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y el Protocolo del 31 de Enero de 1967 sobre el Estatuto de los Refugiados y, a nivel regional la Convención de la Organización para la Unidad Africana sobre los Aspectos Específicos de los Problemas de los Refugiados en Africa del 10 de Setiembre de 1969.

En el artículo 14(1) de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se dice:

*“En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él en cualquier país”* y en el párrafo 1º del artículo 33 de la Convención de 1951 de las Naciones Unidas se contempla el principio de la No-Devolución :

*“Ningún Estado Contratante podrá, por expulsión o devolución, poner en modo alguno a un refugiado en las fronteras de territorios donde su vida o su libertad peligren por causa de su raza, religión, nacionalidad, de su pertenencia a determinado grupo social o de sus opiniones políticas”*

A las personas que desean ser admitidas en un país como refugiados se las denomina, solicitantes de asilo, ésta solicitud la pueden hacer bien individualmente o bien como en los casos de llegadas masivas a través de ACNUR o de otras Organizaciones Internacionales. La protección del refugiado consiste en la concesión de un estatuto jurídico que le permita ejercer unos derechos y deberes similares a los de los ciudadanos del país de acogida.

## **Derechos y Deberes de los Refugiados**

Los refugiados tienen al igual que cualquier persona, los Derechos humanos básicos que proclama la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Carta de las Naciones Unidas:

Derecho fundamental a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona, el derecho a la protección de la ley, a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión y el derecho a la propiedad. Tienen derecho a la libertad de movimientos, aunque es un hecho admitido que, sobre todo en casos de afluencia masiva, pueden dictarse algunas restricciones por razones de seguridad y para proteger los derechos de la población local. En la medida de lo posible, deben ser ubicados a una distancia razonable de la frontera de su país de origen.

Entre sus deberes se encuentran la obligación de acatar las leyes y reglamentos del país que los acoge así como las medidas adoptadas para el mantenimiento del orden público. Por otro lado, no deben tomar parte en actividades subversivas contra su país de origen ni contra cualquier otro estado.

## **Cláusulas de exclusión**

Existen unas cláusulas de exclusión para las personas con respecto a las cuales se tiene la fundada sospecha de que han cometido crímenes contra la paz, crímenes de guerra, crímenes contra la humanidad, delitos graves de tipo no político cometidos fuera del país en el que buscan refugio, o actos contrarios a los objetivos y principios de las Naciones Unidas.

En las disposiciones de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que regulan el derecho de asilo para casos de persecución, excluyen también de ese derecho a tales personas. No obstante, en caso de una afluencia masiva de personas es poco probable que haya que excluirlas a todas y, cuando la protección constituye claramente una necesidad humanitaria urgente, debe

concedérseles el beneficio de la duda al menos hasta que se tenga una opinión justificada. La protección de estas personas puede entrar dentro del ámbito de competencias del Comité Internacional de la Cruz Roja o de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG).

### **1.7. ORGANISMOS RELACIONADOS CON LOS REFUGIADOS**

En este apartado vamos a incluir a los Organismos que de una u otra manera tienen alguna misión con respecto a los refugiados. El principal entre todos ellos es el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

En 1921 la Sociedad de Naciones designaba el primer Alto Comisionado para los Refugiados, el noruego Fridtjof Nansen, a partir de ahí, empezó su tarea consistente en proporcionar protección internacional a los Refugiados y buscar soluciones duraderas a sus problemas. Las responsabilidades de ACNUR le fueron encomendadas por la Asamblea General de las Naciones Unidas así que sus actividades internacionales no dependen de las peticiones de los gobiernos afectados. Estas actividades reflejan el derecho universalmente reconocido del ACNUR a tomar la iniciativa en el ejercicio de sus responsabilidades de protección como organismo humanitario y social y completamente apolítico.

La responsabilidad de coordinar la respuesta del sistema de las Naciones Unidas en una situación de emergencia causada por la afluencia masiva de refugiados corresponde al ACNUR.

Los organismos que relacionamos a continuación juegan un papel de apoyo al ACNUR y en su mayor parte dependen de Naciones Unidas.

FAO Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación

PMA Programa Mundial de Alimentos

OMS	Organización Mundial de la Salud
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
ONUSCD	Organización de Naciones Unidas para el Socorro en Casos de Desastre
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
LSCR	Liga de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja
ONG	Organizaciones No Gubernamentales

Podemos ver que hay una serie de organismos que dependen de Naciones Unidas y otros que son de carácter humanitario. Todos ellos actúan como colaboradores ejecutivos de ACNUR, en cuyo caso el reparto de responsabilidades se determina mediante los acuerdos de ejecución establecidos entre ellos el gobierno correspondiente y el ACNUR.

En relación con las actividades humanitarias de carácter general, el artículo 10 del Cuarto Convenio de Ginebra dispone que:

*“Las disposiciones del presente Convenio no constituyen obstáculo para las actividades humanitarias que el Comité Internacional de la Cruz Roja o cualquier otro organismo humanitario imparcial, emprendan para la protección de las personas civiles y para el auxilio que haya que aportárseles, mediante la aprobación de las partes contendientes e interesadas”.*

Este artículo permite cualquier iniciativa o actividad que se considere necesaria en favor de las personas protegidas, incluso si no está explícita o implícitamente prevista en el Convenio.



### **1.8. DESCRIPCION GENERAL DE UN CAMPO DE REFUGIADOS**

Existen diferencias claras entre los diferentes campos de refugiados que están instalados a lo largo y ancho del mundo, obedecen a múltiples motivos, podemos citar entre ellos, el clima, el país, el tipo de población. Ahora bien en la zona del Africa Central se constituían en una extensión más o menos grande de terreno, según el número de personas que lo habiten, poblado de una serie de edificaciones hechas de cañas y barro, todas ellas con unas cubiertas plastificadas blancas con unas letras azules en las que se puede leer UNHCR. Sus dimensiones varían de unas a otras aunque en general son pequeñas y de una escasa altura. En estas edificaciones viven los refugiados. Suelen tener fuera de las viviendas en algunos casos, unos hornos hechos de barro para cocinar ya que lo hacen a base de leña y ésta produce humo siendo más fácil su eliminación al aire libre.

En algunos casos estas edificaciones siguen unos patrones geométricos dejando entre ellas una especie de calles para caminar y unos regueros para canalizar el agua de la lluvia y evitar las posibles inundaciones de las viviendas.

Se pueden observar también unas tiendas de campaña muy grandes hechas con lonas plastificadas que son los almacenes tanto de alimentos como de leña, siempre protegidas por un servicio de vigilancia.

Repartidas en filas en determinadas zonas del Campo están las letrinas forradas en su parte superior y los laterales de unos plásticos verdes.

En las partes elevadas del terreno, están los depósitos del agua y en un lugar próximo a la entrada del Campo están los Servicios de Salud. Se trata de unas tiendas de campaña grandes en las que en su interior se prestan los servicios más habituales, como consultas y curas. La farmacia del Campo suele ocupar un espacio independiente siendo más o menos espaciosa según las circunstancias de cada uno de ellos. Las tiendas destinadas a la observación de los pacientes que así lo requieran, están divididas para hombres y mujeres.

Suele haber un lugar dedicado a atender los partos, lo que garantiza una adecuada atención a la mujer en gestación, contribuyendo así a la disminución de la mortalidad materna.

Las aulas de las escuelas suelen estar al aire libre teniendo por techo unas hojas de banano, que hacen que escurra la lluvia y además dan mucha sombra, o bien están cerradas por tres lados dejando uno libre que se abre hacia el centro dejando así un recinto para que puedan jugar solamente los niños, sin que las personas mayores interfieran sus juegos.

En algunos Campos existen Centros Nutricionales que son los lugares dedicados especialmente a la atención de los niños con bajo peso o que requieren por su estado una alimentación especial dado su estado de desnutrición, también se facilita en ellos un suplemento nutricional para las madres lactantes. Su construcción difiere poco de las anteriormente descritas.

Hay Campos en los que observamos además de todas las construcciones descritas, otras en las que las mujeres se dedican a trabajos de costura, dotados con máquinas de coser, también se emplean estas máquinas para la rehabilitación de los mutilados de guerra.

En todos los Campos existe un mercado instalado por los propios refugiados o por los zaireños que van a hacer sus intercambios de productos, de lo más variado, se venden sobres de cartas, pilas para las radios, cerillas, jabón, aparatos de radio, medicamentos y un sinnúmero de cosas.

También en todos los Campos existen múltiples bares en los que básicamente se bebe cerveza en grandes cantidades a todas las horas del día.

Como reflexión personal podría decir que: un Campo de refugiados es una gran multitud de personas yendo de un sitio hacia otro constantemente, solamente por la noche reina la quietud. Por la mañana, al amanecer se oyen los cánticos de las diferentes confesiones religiosas, ya que son varias las establecidas en ellos. Quizá lo que más llama la atención es la extensión de terreno que ocupa cada Campo, tengamos en cuenta que uno de los Campos

estaba habitado por 54.000 personas y la primera impresión que se obtiene es que la vista no alcanza a distinguir los límites. La otra tremenda impresión es la cantidad ingente de niños que viven, juegan y alborotan en cada uno de ellos.

### **1.9. PRINCIPALES NORMAS DEL ACNUR PARA EL ESTABLECIMIENTO Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CAMPOS DE REFUGIADOS**

Se considera una situación de emergencia, cuando un gran número de refugiados de origen rural en su mayoría, cruzan una frontera en busca de asilo.

Todas las emergencias requieren una respuesta rápida y eficaz, pero dada su naturaleza, entrañan un gran número de dificultades para que la respuesta tenga esas características, ya que los problemas van variando bien por ser los primeros momentos del conflicto o bien por enquistarse aquél y pasar a la fase de post-emergencia.

El perfeccionamiento de las técnicas de ayuda, si no va acompañado de una mayor participación del refugiado, puede ser contraproducente, ya que una asistencia inicial mal planteada, aunque haya sido prestada con eficacia, puede crear un síndrome de dependencia que en algunos casos puede durar años.

Una avalancha inicial de artículos de socorro inadecuados y sobretodo desconocidos para los refugiados puede sofocar su potencial espíritu emprendedor y aumentar su sensación de desarraigo. El refugiado abatido y silencioso, instalado en una tierra inhóspita y ajena, y que espera una ayuda graciosamente concedida, se ha convertido en una imagen que todos los días nos proporcionan los informativos de todas las televisiones del mundo, de tal forma que esta ayuda puede llegar a convertirse en una prisión.

Se plantea un conflicto de intereses: por un lado el refugiado que tiene concedido su derecho de asilo, es capaz de rehacer su vida si tiene un pequeño terreno para cultivar y si se le respetan los derechos económicos que de ello se derivan, puede formar de esta manera unas pequeñas comunidades y se puede integrar poco a poco en una vida más parecida a la que tenía en su tierra, es posible que se autoabastezcan, pero esto lleva consigo que la ayuda inicial es

más difícil de repartir y por otro lado es más cómodo, tanto para el gobierno del país que los acoge como para las Organizaciones Internacionales que prestan la ayuda, reunirlos en Campos, que se originan por la afluencia masiva de refugiados y por la necesidad de agruparlos para su propia protección, con lo que estas concentraciones artificiales siguen existiendo y además no parece a corto plazo que vayan a desaparecer.

No hay dos situaciones idénticas, pero sí pueden tener una priorización similar siguiendo un esquema, en todos los casos flexible, y adaptándolo a cada situación. Toda la ayuda de emergencia ha de basarse en una evaluación correcta de las necesidades más inmediatas que tienen planteadas los refugiados. Las necesidades básicas de supervivencia siguen este orden:

Alimentación

Agua

Alojamiento

Atención Sanitaria

Saneamiento

Necesidades Sociales

Una vez satisfechas de manera elemental estas necesidades primarias, es el momento de empezar una planificación, siempre teniendo en cuenta que un asentamiento o Campo de refugiados es una población dinámica, a la que pueden seguir llegando refugiados, pueden cambiar las condiciones, por lo tanto, la flexibilidad es la primera norma a tener presente.

#### **1.9.1. Evaluación inicial**

La primera estimación que debe hacerse, consiste en determinar el número de personas, el lugar en el que se encuentran, su estado real, y los

recursos de los que disponen. Sin estos datos, que en esta primera evaluación basta con que sean aproximados, es imposible proporcionar los suministros necesarios para que sean suficientes, equitativos y justamente repartidos entre todos los refugiados.

### **1.9.2. Protección**

La solicitud del derecho de asilo en el país de acogida es el siguiente paso y no por ello menos importante, ya que implica cuestiones de tipo político y burocrático que es necesario tener resueltas para que la ayuda pueda llegar a su destino. La responsabilidad del ACNUR es prestar protección internacional a los refugiados así como la de buscar soluciones a sus problemas.

### **1.9.3. Alojamiento**

La necesidad de disponer de un lugar para vivir es una consecuencia de la concesión de asilo. El papel de las autoridades nacionales en la elección del lugar es de importancia fundamental. Los refugiados deben participar en la búsqueda de dicho lugar puesto que al principio de una situación de emergencia se carece habitualmente de un lugar adecuado, y ello puede afectar a su propia protección y a la prestación de asistencia.

Si el lugar que se les concede está vacío, hay que saber el porqué, ya que es posible que sea un lugar que se anegue en las épocas de lluvias y por lo tanto cuando éstas lleguen habrá que desalojarlo, con todo lo que ello supone. La proximidad a las fuentes de abastecimiento de agua, los accesos -caminos, carreteras- por los que puedan circular los camiones de los suministros, son algunas de las cuestiones a tener en cuenta.

#### **1.9.4. Agua y Saneamiento**

A la hora de elegir el terreno, la disponibilidad a lo largo del año de una cantidad de agua adecuada ha demostrado ser en la práctica el criterio más importante a tener en cuenta. No debe por tanto elegirse ningún lugar en el que sea necesario transportar el agua durante largos períodos de tiempo.

De todos modos el agua ha de ser siempre potable y se deben analizar de forma periódica las fuentes de abastecimiento. En cuanto a las cantidades mínimas necesarias han quedado establecidas las siguientes:

Por persona y día la cantidad es de 15 a 20 litros.

Por paciente y día en centros sanitarios de 40 a 60 litros.

Dada la importancia que tiene su posible contaminación, se hace imprescindible la protección física de las fuentes de abastecimiento de agua, tanto mediante barreras físicas como humanas (vigilantes de día y de noche).

La reducción de la cantidad de agua disponible para las personas afecta directamente a la salud de las mismas. Si disminuye la cantidad de agua suministrada, no se puede lavar la ropa, la higiene personal se resiente, los utensilios de cocina no pueden limpiarse adecuadamente, los alimentos no pueden prepararse de forma conveniente y, finalmente la ingestión directa resulta insuficiente para reponer el sudor eliminado por el cuerpo.

Esta reducción se refleja en una mayor incidencia de parásitos, hongos y otras enfermedades de la piel, infecciones oculares, diarreas y la deshidratación, a menudo fatal, asociada a ellas.

#### **1.9.5. Logística**

Las emergencias con refugiados se producen con frecuencia en lugares alejados de las principales fuentes de suministro y de las grandes vías de comunicación, por tanto la organización de un apoyo logístico que proporcione

los suministros adecuados dónde y cuando se necesiten, es indispensable para la eficacia de cualquier operación de emergencia.

La logística no sólo consiste en llevar los suministros a los lugares sino también y, a veces es de importancia fundamental, en tener previstas las piezas de repuesto para las averías más frecuentes de los medios de transporte, y los transportes alternativos que pudieran utilizarse.

La mayoría de los suministros más urgentes se suelen encontrar con frecuencia en el mercado local, pero no así el transporte que es al igual que el almacenamiento el que se debe tener muy bien planificado.

El abastecerse en el mercado local puede dar lugar -al ser su capacidad limitada- a un alza de los precios, y por otro lado el abastecerse en el extranjero puede dar origen a resentimientos de los proveedores locales, por tanto es conveniente mantener un equilibrio entre las dos fuentes de abastecimiento.

#### **1.9.6. La Salud**

Los refugiados, especialmente en una situación de emergencia, están expuestos a muchos factores que aumentan los riesgos de enfermedad. Entre esos factores, se encuentran, en general, el hacinamiento, la insalubridad del agua, la falta de higiene y de alimentos adecuados. Por lo tanto, es necesario tomar medidas urgentes para reducir al mínimo los efectos de estos riesgos, asegurar un nivel adecuado de atención sanitaria y reducir así el número de casos de enfermedad.

Los servicios sanitarios que se presten a los refugiados deberán basarse en el concepto de atención sanitaria básica. El enfoque general de la misma lo resume la OMS como *"... Una asistencia sanitaria especial puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar..."*

Por tanto la atención sanitaria básica debe comprender como mínimo: la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño; el tratamiento adecuado para las heridas y las enfermedades más comunes; la inmunización contra las principales enfermedades y la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas más comunes.

Es decir, el núcleo de esta estrategia es insistir en la preponderancia de la medicina preventiva sobre la medicina curativa.

Deben tender por tanto desde el principio, los servicios sanitarios tanto a prevenir como a curar las enfermedades, es decir a curar y a mantener sanos a los refugiados, ya que la Salud de una comunidad y por lo tanto de la mayoría de los refugiados, depende más, en general, de las medidas de salud pública que de la atención sanitaria individual. El nivel de la atención sanitaria que se preste estará determinado por el estado de los refugiados y por los recursos disponibles.

En realidad el punto más alto de la asistencia médica curativa se producirá en la etapa inicial cuando los refugiados son más vulnerables, dada su forma física y antes de que tenga lugar el abastecimiento de agua y el saneamiento.

Una vez controlados los problemas inmediatos de salud, el nivel sanitario debe responder en general al que sería adecuado para la población local y debe alcanzar el nivel que luego pueda ser sostenible.

Cada situación de emergencia con refugiados tendrá sus propios problemas y necesidades sanitarias específicas así como sus posibilidades de respuesta.

Los refugiados deben responsabilizarse de su propia salud. El personal sanitario externo debe comprender los conceptos de los propios refugiados sobre la salud y la enfermedad; teniendo esto en cuenta, los servicios sanitarios deben desarrollarse y ponerse en marcha desde el principio, más bien CON los



refugiados que PARA los refugiados ya que en caso contrario los servicios prestados serán menos eficaces.

#### **1.9.6.a. Respetto a las necesidades de personal**

Debe concederse la máxima importancia a la formación y perfeccionamiento de los conocimientos médicos de algunos refugiados, seleccionando especialmente a aquellos que, debido a sus antiguas funciones en su comunidad, poseen ya algún conocimiento de este tipo; deben tenerse muy en cuenta la experiencia de los curanderos tradicionales y de las parteras.

Los refugiados jóvenes incluso sin experiencia previa pueden ser agentes sanitarios eficaces después de recibir sobre el terreno una instrucción básica. Sin embargo, hay que tomar en consideración la desconfianza que pueden sentir los demás refugiados hacia ellos, y sopesar el tiempo invertido en su formación, ya que si existen posibilidades de reasentamiento en un tercer país, tales personas son en general las primeras en marcharse.

Respetto al personal sanitario extranjero es importante tener en cuenta las actitudes de los gobiernos de los países de acogida ya que incluyen aspectos como el reconocimiento de los títulos acreditativos correspondientes e incluso la colegiación en el colegio profesional, previo pago de las tasas correspondientes, para poder ejercer las diferentes profesiones. Para el personal sanitario internacional se considera que el período estrictamente mínimo de permanencia debe ser de tres meses para aquellos que ya tienen experiencia en situaciones de emergencia con refugiados, y de seis meses como mínimo para los demás.

Los cambios frecuentes de personal aumentan las dificultades de la implantación de los programas sanitarios. Este punto adquiere su mayor importancia cuando el trabajo está relacionado con los niños no acompañados dada su especial problemática.

En las situaciones de emergencia de gran magnitud el ACNUR pedirá un coordinador sanitario a la OMS para planificar y coordinar la calidad de los servicios, establecer los programas adecuados de atención sanitaria, asegurar el enlace con el Ministerio de Salud correspondiente y con todas las demás Organizaciones Internacionales y las ONG'S. Además puede ser especialmente necesario el contar con un FARMACÉUTICO que coordine todos los aspectos del abastecimiento de los suministros médicos adecuados.

Cualesquiera que sean las medidas de ejecución adoptadas, se hace indispensable que participen desde el principio los servicios sanitarios oficiales.

La coordinación directa de algunos tratamientos, la inmunización, la lucha contra las enfermedades infecciosas y la vigilancia, serán especialmente importantes ya que la mejora de la salud de los refugiados interesa claramente a la población local.

#### **1.9.6.b. Evaluación Inicial**

La finalidad de la evaluación inicial del estado de salud y de nutrición es la de identificar las necesidades y establecer el orden de prioridades para el funcionamiento de los servicios sanitarios. El método más efectivo de evaluación inicial será realizar un examen masivo a la llegada de los refugiados para detectar sus posibles enfermedades. Esto puede llevarse a cabo al mismo tiempo que el registro de los refugiados para conocer su filiación, composición de la familia y procedencia, que se lleva a cabo a la llegada de los mismos.

A este registro de llegada no deja de acudir ningún refugiado, ya que de él dependen sus raciones alimentarias y su lugar de alojamiento, por tanto es el momento ideal para hacer una primera y rápida evaluación de salud.

Aunque el estado de salud del asentamiento mejorará cuando empiecen a funcionar adecuadamente los servicios de salud, las variaciones estacionales seguirán influyendo en la frecuencia de las enfermedades, porque los cambios

de temperatura, en particular en la época de las lluvias, afectarán considerablemente a la salud.

#### **1.9.6.c. Registros e informes sanitarios**

Existen dos tipos de registros sanitarios: los individuales y los que conciernen a la comunidad en su conjunto. Cada uno de ellos tiene una finalidad diferente. Las cartillas sanitarias individuales son necesarias para anotar las vacunaciones y los tratamientos de las enfermedades. Estas cartillas deben ser conservadas por los refugiados y en el caso de los niños por las madres. En el caso de repatriación la posesión de estas cartillas es de un valor inestimable. La experiencia ha demostrado que, en general, los refugiados las guardan cuidadosamente. Cuando los refugiados llevan mucho tiempo en los Campos, las cartillas sobre todo por los sucesivos tratamientos, se agotan y hay que tener previsto el suministrarles unas nuevas, también es conveniente dotarlas de unas fundas de plástico para que con las lluvias no se deterioren.

Los informes sobre la comunidad son instrumentos esenciales para la planificación de los servicios y para el control de los tipos de enfermedades. Es necesario recoger los datos con regularidad y normalizarlos en los diferentes asentamientos.

Las autoridades sanitarias nacionales exigen ser informadas de inmediato de las enfermedades contagiosas de "declaración obligatoria".

#### **1.9.6.d. Lucha contra las enfermedades**

En una situación de emergencia con refugiados, los riesgos de enfermedades transmisibles (Infecciosas) aumentan a causa del hacinamiento y de las malas condiciones ambientales y se ven a menudo agravadas por el estado de extrema debilidad de los refugiados. Sin embargo, para propagarse, es necesario que el agente infeccioso esté presente. Por lo tanto para disminuir

los riesgos es de vital importancia adoptar las medidas para mejorar las condiciones ambientales: jabón, agua potable suficiente, saneamiento, lucha contra los roedores y educación de todos los interesados.

**Vacunaciones.** Las causas más comunes de enfermedad y muerte en la fase de emergencia son generalmente las infecciones, que no pueden prevenirse eficazmente por medio de la vacunación, ya que a menudo están agravadas por la desnutrición.

Los programas de vacunación masiva requieren un gran número de personal sanitario, la manipulación de las vacunas en condiciones de refrigeración para no alterar o romper la llamada "cadena del frío" y una supervisión cuidadosa, todo lo cual resulta difícil y no es necesariamente el mejor uso posible de los recursos, incluso cuando se dispone de éstos.

La única vacunación indicada en las primeras semanas de una situación de emergencia es la de los niños de corta edad contra el sarampión. Esta es una medida altamente prioritaria incluso cuando escaseen los recursos.

Todas las demás vacunas necesarias DTP (Difteria-tétanos-tosferina), BCG (Tuberculosis), POLIO, deben llevarse a cabo, en general solamente cuando las instalaciones lo permitan, y en la medida de lo posible, dentro del programa ampliado de vacunación que lleve a cabo el propio gobierno del país de acogida.

Estas son las razones tanto de tipo médico como de tipo práctico que se emplean para resistir las presiones favorables a un programa de vacunación masiva e inmediata.

#### **1.9.6.e. Enfermedades que se dan con mayor frecuencia**

Los síntomas y enfermedades más corrientes entre los refugiados no difieren mucho, en general, de los que cabe esperar normalmente, en cualquier comunidad de un país en vías de desarrollo: diarrea, deficiencias alimenticias,

infecciones respiratorias, malaria, lombrices, anemia y problemas genito-uritarios. Sin embargo las condiciones de hacinamiento artificial probablemente provoquen, al menos al principio, una frecuencia mayor de lo normal de éstas enfermedades.

En el siguiente cuadro se enumeran estas enfermedades más frecuentes, sus causas principales y las medidas preventivas que ayudarán a mejorar la salud de los refugiados.

<b>Enfermedades</b>	<b>Causas principales</b>	<b>Medidas preventivas</b>
Diarreas	Hacinamiento Contaminación del agua	Educación-Higiene-Saneamiento Suministro de agua potable
Sarampión	Hacinamiento	Vacunación niños 9meses-5años
Respiratorias	Vivienda insatisfactoria Escasez de mantas y ropa	Alojamiento y ropa apropiados, Mantas suficientes
Malaria	Falta de inmunización Aguas estancadas	Control de los vectores Profilaxis en bebés. Mosquiteras
Tuberculosis	Hacinamiento	Espacio vital suficiente
Meningitis Meningocócica	Hacinamiento en zonas endémicas	Espacio vital suficiente Vacunación excepcional
Fiebre tifoidea y Cólera	Poca higiene personal-Agua Contaminada-falta saneamiento	Agua no contaminada-higiene- Saneamiento-No vacunar
Lombrices	Saneamiento insuficiente	Higiene - Saneamiento Uso de calzado
Sarna	Falta de higiene personal	Agua y jabón para lavar y lavarse
Xeroftalmia	Carencia de Vitamina A	Aporte de Vit A. Vacunación del sarampión
Anemia	Malaria-Lombrices Falta de hierro y ácido fólico	Tratamiento de la causa Corrección de la dieta
Tétanos	Heridas personas sin vacunar Obstetricia deficiente	Primeros auxilios adecuados Vacunación de embarazadas Limpieza del instrumental

**1.9.6.f. Prestación de la asistencia sanitaria**

Para lograr que la prestación sanitaria sea la adecuada es esencial establecer en el nivel central unos planes de tratamiento normalizados que se comprendan claramente, así se evitarán todos los problemas derivados de las confusiones entre el personal sanitario local y el que pertenezca a la comunidad de refugiados.

Todas las instrucciones sobre las dosis y la frecuencia de los tratamientos deben dársele a los pacientes en su propia lengua, evitando con ello malentendidos.

Resaltaremos que cuando se instaura un tratamiento inadecuado a las necesidades y las circunstancias de los refugiados, puede no sólo ser inútil y antieconómico, sino que puede tener un efecto negativo sobre la actitud de los refugiados frente a la atención sanitaria y a las medidas preventivas.

Ejemplos de ello son el aumento de la creencia de que sólo las inyecciones, y no las pastillas, son eficaces; que la rehidratación por vía intravenosa es mejor que por vía oral o que la leche importada puede salvar mejor al niño desnutrido que la leche materna.

El primer nivel de la prestación de la asistencia es el de Agente sanitario de la comunidad, que debe ser un refugiado con una formación básica. Entre sus tareas debe realizar las visitas domiciliarias, descubrir los casos tanto sanitarios y de nutrición como sociales, que a menudo son los más importantes, ya que afectan a un mayor número de personas.

Como norma general un Dispensario puede bastar para unos 5.000 refugiados, debe disponer de un espacio en el que se pueda pasar consulta, otro para prácticas clínicas y una pequeña farmacia que pueda cerrarse con llave. Debe existir además un Centro Sanitario capaz de atender todos los casos excepto los partos complicados y las urgencias quirúrgicas. También dispondrá

de unas camas para observación de los enfermos (una por cada 5.000 refugiados). Si el Campo no tiene un número muy grande de refugiados puede bastar un Dispensario-Centro Sanitario unificado.

Para los casos que no se puedan tratar en el propio Campo habrá que disponer de un transporte para llevarlos a los hospitales locales para su tratamiento, ya que debe evitarse la creación de hospitales dedicados exclusivamente al tratamiento de los refugiados, porque raramente pueden seguir funcionando una vez que se les retire la ayuda exterior, y en cualquier caso, es poco probable que resulten adecuados para las necesidades a largo plazo.

Las ofertas que se reciben de hospitales de campaña habrán de considerarse aunque se deben tener presentes sus limitaciones, entre las que se incluyen el tiempo necesario para instalarlos y su costo -especialmente en transporte- y es posible que resulten tecnológicamente inadecuados ya que por ejemplo los aparatos que dependen de una fuente exterior de energía no pueden ponerse en marcha. Sin embargo, a causa del gran impacto que estos donativos producen en la opinión pública, los donantes fomentan la creación y utilización de este tipo de hospitales aunque resulten inadecuados.

#### **1.9.6.g. Suministros médicos**

Los mecanismos de abastecimiento de emergencia deberán hacer uso, en la medida de lo posible, de los recursos y los canales de distribución del país. Una respuesta que no haya sido bien planeada puede dar lugar a largos e inadecuados pedidos, basados más en sus nombres comerciales que en sus nombres genéricos.

La experiencia ha demostrado que lo que se necesita es una cantidad suficiente de unos pocos medicamentos básicos y un control estricto de las donaciones no solicitadas.

La OMS y el ACNUR han elaborado unas listas normalizadas de medicamentos y material, para su uso en las situaciones de emergencia que satisfacen estos requisitos. Las listas abarcan unos treinta medicamentos o preparados básicos para ser usados por los agentes sanitarios, treinta y cinco preparados o medicamentos para ser usados por los médicos y los agentes sanitarios más expertos y un equipo médico básico. Todo ello constituye el llamado Botiquín de Urgencia. Dicho Botiquín cubre, teóricamente, las necesidades de 10.000 refugiados durante 3 meses o bien de 30.000 refugiados durante un mes.

Debe tenerse en cuenta que la finalidad de los Botiquines de Urgencia es la de satisfacer únicamente las necesidades iniciales y no para reponer los suministros ya gastados.

Las listas deben ser modificadas según convenga a la luz de las condiciones locales, utilizando únicamente los medicamentos incluidos en el último Informe en vigor del Comité de Expertos de la OMS sobre la selección de los Medicamentos Esenciales y adaptándolos después a los suministros médicos normalizados para la atención sanitaria en una situación de emergencia.

Una vez cubiertas las necesidades materiales inmediatas, el organismo colaborador ejecutivo que sea responsable de los servicios de salud para los refugiados, deberá tomar las medidas adecuadas para conseguir un abastecimiento regular, y en cantidad apropiada, de artículos médicos corrientes.

En general, estos artículos pueden conseguirse -y es preferible adquirirlos- en el mercado local, pero, si es necesario, deberá considerarse la posibilidad de adquirir en el extranjero la mayor parte del material, si de ello puede derivarse un ahorro sustancial.

Los procedimientos para realizar nuevos pedidos deben ser normalizados y centralizados. En una emergencia de gran magnitud esta tarea exigirá la plena dedicación de un FARMACÉUTICO.



Cualquiera que sea la procedencia de las vacunas deben conservarse refrigeradas y ser manipuladas con mucho cuidado para que no pierdan eficacia. Es posible que la "cadena del frío" no llegue hasta las proximidades de los asentamientos de los refugiados y sin cadena del frío, el programa de vacunación fracasará.

Las donaciones de medicamentos no solicitados pueden resultar un problema en una situación de emergencia. Tanto la cantidad como la calidad de los mismos pueden variar enormemente; las donaciones habituales consisten en pequeñas cantidades de medicamentos diversos, muestras gratuitas, medicinas caducadas, vacunas inadecuadas, y medicamentos en los que solamente consta el nombre comercial o éste viene en una lengua extranjera.

La política del ACNUR es que, los suministros médicos sólo deben enviarse desde el extranjero en respuesta a una petición específica.

#### **1.9.7. Alimentos y Nutrición**

En las situaciones de emergencia, los refugiados pueden sufrir las consecuencias de una carencia alimentaria grave, es entonces cuando se deben en primer lugar tomar las medidas inmediatas para proporcionarles cualquier tipo de alimentos que puedan encontrarse en el mercado local y sean aceptables para ellos. Lo más urgente será satisfacer las necesidades de calorías más que las necesidades de proteínas, por tanto lo prioritario será proporcionarles una gran cantidad de cereales.

Una vez satisfechas los primeros días las necesidades imperiosas, a continuación debe prestarse especial atención al abastecimiento de combustible para cocinar, ya que éste a menudo es un gran problema y la falta de combustible puede acarrear rápidamente la destrucción de la vegetación dentro del emplazamiento y de sus alrededores, causando daños permanentes en el medio ambiente y ocasionando fricciones con la población local.

A título indicativo, una familia que prepare la comida necesita aproximadamente una cantidad de 5 Kg. de leña por día.

La vigilancia del estado de nutrición del conjunto de la población debe llevarse a cabo midiendo a intervalos regulares la estatura y el peso de una muestra, tomada al azar, de la población infantil. En las épocas de escasez de alimentos, los niños son los primeros en mostrar signos de desnutrición y son los más severamente afectados. Esta es la razón por la que, en un programa de vigilancia, suele tomarse una muestra al azar de niños menores de 5 años o de 115 cm. de altura, cuya estatura y peso son medidos regularmente. Su estado se toma como indicador del alcance y el grado de desnutrición del conjunto de la población.

Para una población de menos de 10.000 refugiados, una muestra al azar de 200 niños proporciona un cálculo razonablemente preciso del número total de niños desnutridos. Los niños cuya relación peso/talla es inferior al 80% se consideran como desnutridos y en aquellos en los que la relación peso/estatura es inferior al 70% gravemente desnutridos.

Para un examen rápido de la población infantil se usa el método del diámetro del brazo que no suele variar entre 1 y 5 años salvo en los casos de desnutrición aguda.

Puede producirse un error por no conocer exactamente cuales son los niños que tienen entre 1 y 5 años; una manera rápida pero imperfecta, es comprobar si tienen más de seis dientes pero miden menos de 115 cm. de altura, es decir, que el niño llegue aproximadamente a la cintura de un adulto de estatura normal.

La desnutrición afecta a los niños comprendidos entre los 6 meses y los 5 años, especialmente en la época del destete y puede reconocerse por algunos signos clínicos. La Desnutrición Proteíno-Energética (DPE) suele producirse como consecuencia de un consumo insuficiente de alimentos acompañado de una infección. Entre las enfermedades más frecuentes tenemos las ya conocidas

como Marasmo y Kwashiorkor constituyendo el primero de ellos la forma más frecuente de DPE en los casos de escasez prolongada de alimentos.

El tratamiento contra la DPE es la administración de alimentos. La alimentación terapéutica es una medida exclusivamente curativa, y por lo tanto, es una medida a corto plazo, los pacientes que reciban esta alimentación que se les debe dar cada 3 ó 4 horas deben estar internados en un centro.

Se debe dar este tipo de alimentación terapéutica hasta que los pacientes hayan recuperado el 80 % de la relación peso/talla, se hayan liberado del edema y haya desaparecido la enfermedad.

Una vez restablecidos pueden pasar a un programa de alimentación suplementaria. La finalidad de un programa de alimentación suplementaria es proporcionar a los grupos vulnerables, una comida Suplementaria de alto valor energético y proteínico y de escaso volumen una o dos veces al día.

Los niños no deben dejar de recibir alimentación suplementaria hasta que su relación peso/talla se haya mantenido por encima del 85% por lo menos durante 1 mes.

En general es más importante disponer de unas raciones compuestas por unos cuantos productos básicos cuyo abastecimiento esté asegurado que una ración completa cuyos componentes pueden no llegar; se recomienda proporcionar a todos los refugiados una ración idéntica sin distinción.

Como ejemplo, diremos que una ración diaria que proporcione calorías y proteínas suficientes debe constar de: un alimento principal que proporcione la mayor parte de las calorías y proteínas suficientes, un alimento rico en calorías, y un alimento rico en proteínas, de manera que podría ser:

350-400 gramos de cereales

20-40 gramos de aceite

50 gramos de frijoles

Es frecuente encontrar entre los refugiados carencia de Vitamina A y anemia, esta última va unida o asociada a las enfermedades parasitarias o al consumo insuficiente de Hierro y Acido fólico, algunas de estas enfermedades pueden evitarse mediante una dieta adecuada.

### **Alimentación de los lactantes y productos lácteos**

Dada su trascendencia, por ser uno de los grupos más vulnerables, hemos separado la alimentación de los lactantes de la alimentación en general y de la alimentación para la desnutrición.

La leche materna es el mejor alimento y el más seguro para los lactantes y los niños menores de 2 años. Puede ocurrir que las madres necesiten alimentación suplementaria con el fin de fomentar la lactancia natural y de proporcionarles las calorías y los elementos nutritivos adicionales necesarios.

No deben nunca utilizarse o distribuirse biberones; son casi imposibles de esterilizar y de mantener estériles y por lo tanto, son peligrosos. Por otro lado su preparación ha de hacerse con agua limpia y hervida muy difícil de conseguir y por tanto se desaconsejan en todas las ocasiones.

Por otro lado los alimentos usados para el destete deben ser alimentos disponibles en el mercado local, y preparados a la manera tradicional.

Algunas poblaciones rara vez consumen leche, por tanto no se debe distribuir leche a los refugiados a menos que forme parte de su dieta tradicional.

La leche en polvo plantea a menudo graves problemas prácticos, ya que resulta difícil diluirla adecuadamente y mantenerla en buenas condiciones higiénicas, y la leche contaminada, por ejemplo a causa de la insalubridad del agua o por haber estado en contacto con el polvo y las moscas, constituye el medio ideal para el desarrollo de las bacterias.

Por estas razones, la leche no debe formar parte de la ración general.

La leche entera en polvo (LEP) y la leche descremada en polvo (LDP) pueden bajo supervisión utilizarse en los programas de alimentación suplementaria, teniendo muy en cuenta que la LDP debe estar enriquecida con Vit A y que su período de conservación es de seis meses.

#### **1.9.8. Servicios Sociales**

En los apartados anteriores hemos hecho referencia a los problemas prioritarios que presenta una situación de emergencia donde hay refugiados, hemos priorizado estos problemas y en este último apartado nos vamos a referir a un tipo de problemas que no son materiales, pero que son tan importantes o incluso más que los anteriores.

El choque que presenta para los refugiados haber tenido que abandonar su hogar y las circunstancias que concurren en su vida, causan importantes problemas emocionales y sociales, al mismo tiempo que agudizan los que ya existían. El trauma de la huida, de las imágenes que aún conservan en sus retinas, de todos los horrores vividos, pueden dejar a los refugiados confusos, atemorizados y con una sensación de soledad e inseguridad frente a un futuro incierto en un medio desconocido e incluso hostil.

La separación de los demás miembros de la familia o la pérdida de alguno o de muchos de ellos, es algo frecuente y una de las causas principales de la tensión emocional. Por ello, la reunificación de las familias tiene un carácter prioritario.

La medida más importante que puede tomarse para contribuir a reducir el choque y la tensión de la comunidad en su conjunto es darles, lo antes posible, una sensación de seguridad y estabilidad. Esto puede conseguirse, o al menos intentarlo, en parte con medios materiales y en parte garantizándoles la protección y haciéndoles participar desde el principio en la organización de todos los aspectos de su nuevo modo de vida, y especialmente en la búsqueda de soluciones permanentes.

El trabajo social es, en el sentido más amplio el nexo vital entre el refugiado y los bienes y servicios de su nuevo asentamiento. Si no se ayuda a los refugiados a adaptarse a este nuevo medio, la sensación de pérdida y aislamiento puede agudizarse incluso en circunstancias de relativo bienestar material.

En toda situación de emergencia habrá refugiados con necesidades sociales y psicológicas, sean familiares o individuales, que requerirán una atención especial. Entre ellos podemos citar a los incapacitados *disminuídos psíquicos, ciegos, mutilados, sordos, leprosos, parapléjicos, los Niños No Acompañados, las jóvenes solas, los ancianos, y las víctimas de violaciones o abusos.*

Estas personas vulnerables son todavía menos capaces que las demás para hacer frente a sus problemas en un ambiente nuevo y desconocido. Para la prestación de los servicios de bienestar social que requieren estos grupos se hace necesario la creación de equipos específicos sobre el terreno.

### **Niños No Acompañados**

En una situación de emergencia con refugiados, los niños pueden quedar separados de sus familiares más próximos. En tales casos los niños son atendidos, la mayoría de las veces, por la propia comunidad de refugiados, con frecuencia dentro de una familia amplia. Cuando esto no sea posible habrá que tomar medidas especiales para atender a esos niños. En algunas circunstancias, puede haber presiones exteriores para su adopción inmediata y su reasentamiento en otro país. Existen poderosas razones para oponerse a ello hasta que se hayan agotado las posibilidades de reunificación familiar o hasta haber encontrado una solución local.

El derecho humanitario internacional tiene como uno de sus objetivos fundamentales la unidad de la familia, y por lo tanto concede especial importancia al mantenimiento de los vínculos familiares y a la reunificación de las

familias. El bienestar de los niños prevalece sobre cualquier otra consideración. Se considera asimismo sumamente importante el mantener dentro de su propio medio cultural a los niños que han quedado separados de sus familias.

Por NIÑO NO ACOMPAÑADO se entiende *todo niño de menos de 15 años que ha sido separado de sus dos padres y que no tiene a su lado ninguna persona que por ley o por costumbre tenga la responsabilidad de ocuparse de él.*

Debe utilizarse siempre la expresión de “niños no acompañados “ en lugar de huérfanos. Cuando haya niñas no acompañadas de más de 15 años, hay que tomar medidas especiales para su protección ya que aunque por su edad ya no son niñas pequeñas tienen de hecho problemas diferentes a los que no se pueden enfrentar como, abusos, violaciones y al estar solas requieren un seguimiento especial para asegurar su bienestar.

No podemos afirmar que los dos padres han muerto, simplemente porque el niño no se encuentre bajo su cuidado inmediato. Incluso la afirmación por parte del niño de que sus padres han muerto debe tomarse con reservas, ya que la experiencia ha demostrado que esas afirmaciones son poco fiables por diversas razones psicológicas y sociales. Además, el factor determinante no es la muerte de los padres sino más bien la separación de ellos y la ausencia, como ya hemos mencionado, de cualquier persona que por ley o por costumbre pueda asumir la responsabilidad de ocuparse del niño.

Si realizamos una evaluación de las causas de la separación podemos encontrar además de la anteriormente citada, las siguientes:

1. Separación accidental, especialmente con ocasión de grandes desplazamientos de población, de combates o de desplazamientos organizados de refugiados, que dividen a las familias.
2. Niños mayores que abandonan a sus padres o familias por propia voluntad.

3. Cuando las instalaciones que se ponen a disposición de los niños no acompañados, y los servicios que se les presta, son mucho mejores que el resto, los padres o la familia pueden dejar a los niños a cargo de esos servicios especiales.
4. Asimismo, antes de la huida, o en el transcurso de la misma, las familias pueden dejar a sus hijos al cuidado de otras personas si creen que esto aumentará las posibilidades de supervivencia del niño.
5. Es posible también que algunas personas ajenas, socorristas, voluntarios, saquen a un niño de una situación peligrosa sin informar a sus padres, a su familia o a la comunidad. Esto sucede cuando el niño tiene una necesidad evidente de asistencia médica.
6. Insuficiencia e inexactitud de los ficheros médicos o de las tarjetas de identificación en una situación de emergencia.

Así pues, nunca puede darse por supuesto que un niño, aparentemente no acompañado, haya sido abandonado, o carezca de padres o familia, sin haber hecho antes todos los esfuerzos necesarios para localizarlos.

Tampoco debe adoptarse una definición restrictiva de la familia en un contexto cultural, en el que, a pesar de la ausencia de los padres naturales, el niño sigue siendo parte integrante de una familia amplia. De lo contrario, un programa para menores no acompañados puede incluso contribuir a crear, más bien que a resolver, el problema planteado por esos niños.

Los niños no acompañados deben ser identificados lo antes posible, en casi todos los casos el uso de las fotografías puede ser un factor clave para que la búsqueda finalice con éxito. En esta tarea hay un organismo altamente especializado por su gran experiencia que es la Cruz Roja, así como el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Cuando parezca que se ha encontrado a los padres o a las familias del niño, o cuando se reclama a un niño, será necesario realizar una serie de verificaciones, anotando cuidadosamente todos los detalles y los desplazamientos que se hayan ido produciendo, ya que en



éstos como en otros casos hay que evitar la picaresca que puede reinar alrededor de estos niños.

Uno de los principios más importantes para la atención a cualquier niño es que las relaciones que se establezcan deben ser estables. Teniendo en cuenta que las personas del país suelen tener la posibilidad de permanecer durante períodos más largos, es preferible recurrir a ellas, en vez de recurrir a personal internacional. Otro de los motivos que se contemplan es el que los niños no acompañados deben estar a cargo de personas que tengan su misma herencia cultural. Los niños de menos de 5 años deben entregarse a una familia elegida con cuidado y controlar luego las condiciones de éste hogar adoptivo, formalizando esta relación por escrito y comprometiéndose a dejar libre al niño en el caso de que le fuera posible reunirse con su familia.

Las actitudes culturales también hay que tenerlas en cuenta, ya que hay lugares dónde las familias no conciben la adopción si no es a cambio de utilizar a los niños adoptados como sirvientes.

Un registro inicial selectivo, puede dar la impresión, de que los niños así identificados gozarán de una situación y unas ventajas especiales, lo cual puede inducir a los padres o a otros familiares a abandonar temporalmente a sus niños.

A corto plazo, los pequeños centros de internamiento tienen una ventaja: cuando se espera que el niño pueda reunirse pronto con sus padres, estos centros constituyen un medio eficaz para atender a los niños y, al mismo tiempo, no perderlos de vista durante la agitación y confusión que se producen al principio de una situación de emergencia. No obstante, como la búsqueda de los familiares suele requerir algún tiempo, los centros de internamiento resultan en la mayoría de los contextos culturales, una solución intermedia menos afortunada desde el punto de vista de los niños que un hogar sustitutivo.

Deben evitarse los centros grandes. Existe una tendencia a prestar servicios especiales en los grandes centros, al no disponer los demás niños de esos servicios, esto puede atraer a algunos que no sean niños no acompañados.

## **Educación**

Todos los niños tienen derecho a la educación. El primer objetivo del programa de educación debe ser el proporcionar una educación básica y gratuita pero obligatoria a todos los niños refugiados. Es fundamental que la lengua en la que se impartan las clases sea la lengua materna de los refugiados. El simple hecho de reunir, a los niños cada día durante un cierto tiempo y mantenerlos ocupados es ya un paso importante.

La educación básica, pero obligatoria, debe reflejar el nivel de educación del país de acogida. Es probable que los maestros más adecuados sean los refugiados con experiencia en la enseñanza, pero también se debe tener en cuenta la continuidad de los programas educativos cuando finalice la ayuda internacional, es decir que habrá que adecuar los programas de forma que luego puedan ser sostenibles.

Como en todos los demás terrenos (salud, agua, saneamiento) los programas no deben suponer privilegios de los refugiados, de los que no disfruta la población local, ya que entonces los conflictos se suceden sin solución de continuidad, además de constituir una verdadera injusticia.

### **1.9.9. Gestión**

En virtud del artículo 8 del estatuto, la finalidad de ACNUR es solucionar los problemas de los refugiados en colaboración, entre otras, con las Organizaciones No Gubernamentales (ONG). El ACNUR trabaja en la actualidad con 104 ONG'S en Africa, 66 en Asia, 45 en América Latina y 55 en el Oriente Medio, en todos los sectores: salud, educación, transporte, suministro de víveres y de agua, alojamiento y asistencia legal.

A diferencia del ACNUR, las ONG'S no están financiadas en su mayor parte por los gobiernos y disfrutan de una independencia que el ACNUR nunca

ha tenido. Pero para que la ayuda humanitaria sea efectiva, es preciso que haya una organización internacional encargada de coordinar los esfuerzos y evitar que éstos se dupliquen. La elección por parte de ACNUR de las Organizaciones que van a colaborar con él en la gestión y organización material de un Campo de refugiados para llevar a cabo unos programas determinados se basan en criterios sencillos:

1. Estar inscritas legalmente en el lugar donde tenga su sede y/o donde operen
2. Estar autorizadas para ser titulares de una cuenta bancaria y para llevar una contabilidad independiente de los gastos realizados por cuenta del ACNUR
3. Demostrar mediante auditorías oficiales su solvencia financiera.

La diversidad de las situaciones de los refugiados requiere flexibilidad en la elección de los colaboradores. Asimismo cuenta la experiencia, el conocimiento del terreno, la rapidez de reacción y la capacidad de retirada progresiva. Las relaciones entre el ACNUR y las ONG para una mejor coordinación, que a la postre va a repercutir en una mejor asistencia a los refugiados se contemplan en una serie de reuniones y su último Congreso se celebró en Oslo en junio de 1994, y en el que participaron más de 500 ONG'S.

Sobre el terreno las funciones de organización de los colaboradores ejecutivos de ACNUR deben definirse, en su momento, en las disposiciones contractuales por las que se rija la cooperación. Sin embargo, si todavía no se han establecido acuerdos formales, y la cooperación se basa simplemente en una declaración de intenciones, la definición de las responsabilidades contenida en el plan de acción es aún más importante. Es preciso definir las funciones que son las que deben determinar las necesidades de personal y no a la inversa.

Es importante que se comprendan bien las diferentes ventajas del personal local y del internacional, y que ambas fuerzas se integren adecuadamente en un plan general de dotación de personal. Obviamente, el personal local comprenderá mejor la situación local y percibirá aspectos que se escaparán a menudo a la observación de los miembros del personal internacional. Es muy posible además que hablen la lengua de los refugiados. En contrapartida, debe reconocerse que a los ojos de muchos de los participantes, los miembros del personal internacional aportan al programa una imparcialidad, y una personificación de su carácter internacional, que resultan esenciales. Además contarán con la experiencia de otras situaciones similares para la gestión de las situaciones de emergencia.

Todas las personas que trabajan sobre el terreno tienen la obligación especial de cuidar de su propia salud, ya que la necesidad de hospitalizar o evacuar a algún miembro clave del personal puede causar graves perjuicios en una situación de emergencia.

La adopción de normas comunes cuando haya varias organizaciones que presten una asistencia similar, será un factor de importancia fundamental.

En casi todas las situaciones de emergencia habrá algún jefe, portavoz o anciano respetado por los refugiados. Para garantizar una representación y una posibilidad de participación adecuadas a todos los refugiados, será necesario establecer distintos niveles de representantes o de jefes. No debe olvidarse que no hay ninguna razón por la cual un refugiado deba ser representante de la comunidad simplemente porque hable el mismo idioma que los que prestan ayuda exterior.

Lo más probable es que la unidad básica de planificación sea la familia, y que la unidad básica de organización sean los grupos de refugiados que comparten un mismo alojamiento. Una unidad básica de organización puede tener de 80 a 100 personas siendo de un tamaño adecuado, por encima de ésta se sitúa la sección que se compone de unas 10 unidades es decir, 1.000 personas. Muchos servicios se descentralizan a este nivel, por ejemplo en la

distribución de las raciones alimenticias. Existe en los campos mayores otro nivel que se denomina sector y que consta de 5.000 personas. En este sistema se eligen los representantes de cada escalón y deben corresponderse con los lugares físicos dentro del emplazamiento.

En todos los Campos hay un representante de ACNUR que revisa y controla todos los aspectos de la ayuda, y de los problemas que se puedan presentar.

Es inevitable que se plantee la cuestión de la retribución a los refugiados, en dinero o en especie, por la prestación de los servicios comunitarios. La cuestión de pagar a los refugiados puede tener una repercusión crucial sobre las características del emplazamiento. Por una parte, el pago puede destruir el sentido de responsabilidad que los refugiados debieran seguir teniendo por su bienestar a pesar de su dependencia de la ayuda exterior. Por otra, la falta de pago, puede significar que algunas tareas que son esenciales para el bienestar del emplazamiento o bien no se hacen o hay que pagar a personal externo para que las haga.

En los primeros días de la existencia de un asentamiento, es muy poco probable que resulte adecuado pagar a los refugiados. En esta fase, es probable que incluso un sistema de compensación "comida por trabajo" resulte desacertado, porque además de la desafortunada impresión de que se capta el derecho a una retribución, pueden también acarrear compromisos que luego no se pueden seguir manteniendo o que habrá que mantener a expensas de la ración general de todo el emplazamiento. Al comienzo de la vida de un Campo es casi inevitable que surjan problemas con el sistema de abastecimiento, pero, en esas circunstancias ningún grupo debe recibir alimentos suplementarios, en detrimento directo de los demás.

A largo plazo, la eficacia de algunos trabajos de tipo comunitario decaerá a menos que se proporcione algún tipo de retribución a las personas que lo realizan. Antes de implantar plenamente un sistema de retribución, es necesario calcular los costos del mismo y asegurarse de que se dispone de los fondos o la

alimentación suplementaria que se requiere para ello. Debe tenerse presente que, una vez implantado el sistema de retribuciones, todos los grupos de trabajadores querrán que se les incluya en él. Será necesario tener unos criterios muy claros, pero restrictivos sobre estas inclusiones.

Los costos salariales de los refugiados correrán por cuenta de las ONG'S encargadas de los diferentes servicios. El nivel de las retribuciones deberá estar muy por debajo del nivel nacional para evitar en lo posible el agravio comparativo que supondría el que ésto no fuera así.

Es posible que en una situación de emergencia en la que se gastan grandes sumas de dinero y se distribuyen grandes cantidades de suministros interesantes, pueda plantearse también el problema de la corrupción.

Debe hacerse todo lo necesario para evitar la desviación o la apropiación indebida de fondos o de bienes destinados a los refugiados. Para ello es necesario llevar a cabo una vigilancia y un control cuidadosos, incluido el control de la calidad de los productos.

La prestación de los servicios colectivos generales a los refugiados, tales como la educación, la salud y el bienestar social deben estar libres de cualquier proselitismo tanto político como religioso.

## **2. JUSTIFICACIÓN**

Hace 25 años, había dos millones y medio de Refugiados en el mundo. En la actualidad, hay 23 millones, sin contar un número de entre 25 y 30 millones de desplazados. Para que la ayuda humanitaria sea efectiva, es preciso que haya una organización internacional encargada de coordinar los esfuerzos y evitar que estos se dupliquen. Esta organización dedicada al bienestar de los Refugiados es el Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

En la zona de Bukavu (Zaire), un total aproximado de 330.000 personas procedentes de Ruanda se distribuyeron en los diferentes Campos de Refugiados entre agosto de 1994 y septiembre de 1996, de los cuales unos 140.000 se instalaron en los Campos objeto de este estudio.

La asistencia a estos refugiados se materializa en todos los terrenos, salud, alimentos, saneamiento, educación, servicios sociales, repatriación. Una de las necesidades reales que sienten los refugiados es la atención sanitaria y dentro de ella, el acceso a los medicamentos.

Una parte importante de los fondos de ACNUR se destina a los medicamentos básicos que necesita una población de refugiados según las listas de medicamentos adaptadas al país del que se trate. Estos medicamentos se distribuyen desde la Farmacia Central del ACNUR a los Campos de refugiados.

La cuestión que se le plantea a una Organización No Gubernamental (ONG) que se va a hacer cargo como colaboradora de ACNUR de la parte sanitaria de un Campo de refugiados es, si entre sus previsiones, ha de tener en cuenta la partida referente a los suministros de medicamentos complementarios a los del ACNUR, en el caso de que los que este organismo proporcione no sean suficientes para atender todas las necesidades.

En el caso de que así sea, es decir, que las aportaciones de ACNUR relativas a los medicamentos básicos no cubran todas las necesidades de los refugiados, se hace necesario saber qué cantidad de medicamentos habrá que



completar y cual es la distribución por grupos terapéuticos de los mismos. De este modo se facilitará la gestión de los fondos necesarios para su adquisición y posterior distribución.

En un asentamiento de refugiados, se producen unas situaciones de acopio de todo aquello que pueda tener algún valor, debido a múltiples factores, como son, el de la provisionalidad, el no saber con certeza cuánto tiempo van a continuar en la misma situación, el del miedo a un futuro incierto. Otro factor que debe ser tenido en cuenta es el que se origina con el acceso libre y gratuito a los medicamentos por parte de los refugiados. Este acceso crea entre la población del país que los ha acogido, un agravio comparativo, ya que la población del Zaire, en este caso, carecía de esas facilidades.

El llevar a cabo un estudio de las patologías encontradas en los Campos y cuantificar los medicamentos utilizados para su tratamiento, permitirá conocer si los medicamentos proporcionados por ACNUR son o no suficientes y si éstos son utilizados correctamente. Por otra parte al ser los antibióticos, un grupo de medicamentos ampliamente utilizados tanto en mayores como en menores de 5 años, consideramos que la descripción pormenorizada de dicho grupo terapéutico nos podrá proporcionar una información exhaustiva y real de la situación de la población objeto de este estudio así como para conocer la forma en la que se realiza el consumo de estos medicamentos y cual ha sido el Organismo suministrador.

Este estudio creemos que podrá servir como base para mejorar la planificación y gestión de los fondos que la ONG debe tener disponibles para que la atención en el terreno de los medicamentos sea adecuada, teniendo una relación coste-beneficio idónea durante el tiempo que dure el asentamiento.

Es posible que se produzcan diferencias entre las necesidades de medicamentos sentidas en los Campos de refugiados y los suministros realmente enviados. Por ello hemos considerado oportuno tratar de conocer los principales factores que influyen en las diferencias entre las necesidades

sentidas en los Campos de refugiados y las necesidades reales, que se expresarían mediante los datos referidos al consumo real. Así mismo, incluiremos un estudio de los costes en general de los medicamentos utilizados por vía oral, por ser los que se consumen con mayor frecuencia y de los antibióticos en particular.

Un factor importante a tener en cuenta en este tipo de estudios, es la procedencia de los medicamentos, ya que éstos se pueden adquirir, en el extranjero, o bien en el país, o proceder de donaciones. Para la estimación de los costes finales influyen una serie de factores que trataremos de identificar a lo largo del estudio.

### **3. OBJETIVOS**

**OBJETIVO GENERAL**

Describir las características generales que condicionan el suministro y consumo de medicamentos, en los Campos de Refugiados situados en Bukavu (Zaire) e identificar los factores que influyen en ellos.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Cuantificar y analizar el suministro de medicamentos por vía oral en los Campos de refugiados.
2. Cuantificar y analizar el suministro de antibióticos por vía oral en los Campos de referencia estudiados.
3. Cuantificar y analizar el coste de medicamentos en general y antibióticos en particular, ambos por vía oral suministrados a los Campos complementariamente.
4. Describir la utilización de los antibióticos por vía oral, en los Campos en general, por procesos, y por grupos de edad.
5. Comparar el suministro de medicamentos, en relación con el organismo suministrador.
6. Analizar las diferencias entre las necesidades de medicamentos estimadas en los Campos y los medicamentos realmente suministrados.
7. Identificar los factores externos e internos que influyen en la adquisición de los medicamentos.

## **4. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **4.1. DISEÑO DEL ESTUDIO**

Se ha realizado un estudio epidemiológico descriptivo de tipo transversal.

El trabajo ha constado de dos partes fundamentales, la primera de campo, durante cinco meses, en los Campos de refugiados situados en Bukavu (Zaire), desde setiembre de 1995 hasta marzo de 1996, y la segunda una vez en España, en la que se ha procedido al procesamiento y análisis de la información.

#### **4.2. POBLACIÓN DIANA**

Como población diana, se consideró a todos aquellos sujetos que se encontraban en cada uno de los campos de refugiados desde el 1 de octubre de 1995 hasta el 28 de febrero de 1996, y que estén incluidos como casos en los Boletines Epidemiológicos.

Hemos dividido a la población para su estudio en dos grandes grupos de edad, mayores de 5 años y menores e iguales a 5 años. Siendo la razón de esta distribución única y exclusivamente la de equiparar nuestros resultados a los de ACNUR y OMS, ya que de forma habitual los datos hacen referencia a este tipo de distribución.

#### **4.3. DESCRIPCIÓN DE LOS CAMPOS DE REFUGIADOS OBJETO DE ESTE ESTUDIO**

Todos los campos de refugiados objeto de este estudio estaban situados en los alrededores de la ciudad zaireña de Bukavu y en la isla de Idjwi.

Todos ellos estaban al cargo de la ONG Cáritas-Bukavu que a su vez tenía acuerdos con Cáritas Internacional, Cáritas España y Medicus Mundi.

El ACNUR decidió la colaboración con Cáritas-Bukavu llegando tanto a acuerdos presupuestarios como en lo relativo a las actividades que se llevarían a

cabo. Así mismo se marcaban unas directrices, semanalmente en el campo de la Salud y a más largo plazo en otras áreas de servicios, con el propósito de que las diferencias entre los Campos de refugiados que gestionaban las diferentes ONG'S fueran mínimas.

El ACNUR se hacía cargo de los gastos acordados en los presupuestos, pero como éstos eran inferiores a los reales, la ONG colaboradora debía poner el resto, por ello debía tener una solvencia reconocida.

En el área de salud, se celebraba una reunión semanal en la que participaban: el coordinador médico y el coordinador farmacéutico de ACNUR, el coordinador de OMS y todos los coordinadores médicos y farmacéuticos de todas las ONG'S responsables de cada uno de los Campos establecidos en la zona de Bukavu. En dicha reunión semanal se pasaba revista a los problemas encontrados durante la semana precedente, y se daba a todos los presentes una Hoja de Vigilancia Epidemiológica donde se reflejaban las cifras de la semana anterior, en cuanto al número de Nuevos Casos registrados de las enfermedades más frecuentes, defunciones y sus diferentes motivos, y nacimientos.

En dichas reuniones se revisaban los protocolos existentes para el tratamiento de las enfermedades y se intercambiaban opiniones sobre los problemas que se habían presentado. Los cambios en los tratamientos también se contemplaban en dichas reuniones.

Al ser una sola ONG la encargada de gestionar y prestar asistencia y servicios en los Campos que vamos a citar a continuación, disponían en el nivel central de diferentes coordinadores según las áreas de actuación: sanitaria, apoyo logístico, nutrición, servicios sociales, escolarización y finanzas.

En la región de Bukavu se habían establecido alrededor de 300.000 refugiados cuando salieron de Ruanda en el mes de julio de 1994, cuando empezamos éste estudio la repatriación voluntaria no había dado prácticamente

ningún resultado y por tanto continuaban viviendo en los Campos, prácticamente la misma cifra de refugiados.

Los Campos, objeto de este estudio, reunían una población de aproximadamente unas 140.000 personas. Para atender los servicios que requerían los diferentes Campos, el personal estaba compuesto por zaireños, españoles, belgas y ruandeses. Entre los españoles, la mayoría eran religiosos y religiosas misioneras pertenecientes a diferentes órdenes religiosas que en su mayoría llevaban trabajando en Ruanda y Burundi más de 20 años conociendo por ello muy bien las costumbres, los hábitos y la lengua de los refugiados.

Al comenzar el periodo de estudio, los refugiados estaban divididos en 21 Campos diferentes, de los cuales 3 estaban compuestos por niños no acompañados y 2 de niñas no acompañadas. A lo largo del periodo ésta situación fue variando, ya que los niños se fueron reuniendo con sus familias y por tanto se cerraron los 2 Campos de niñas y 1 de los de los niños. Por otro lado había 2 Campos de militares ruandeses hutus, que como ya hemos referido anteriormente son personas que no están bajo la protección del ACNUR, por lo que en ese momento dependían exclusivamente de Cáritas. En la isla de Idjwi había unos 40.000 refugiados, que al principio estaban repartidos por toda la isla, pero que al empezar el estudio se habían concentrado en 9 puntos diferentes de la isla, aunque no eran Campos propiamente dichos.

En el siguiente cuadro queda reflejada la distribución de la población según los diferentes Campos de Refugiados estudiados:

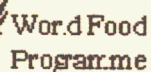
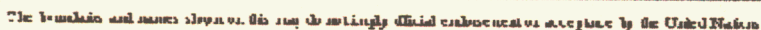
Bajo la denominación de Idjwi Norte, englobamos las cuatro concentraciones de refugiados, existentes en el Norte, y bajo el nombre de Idjwi Sur, las cinco concentraciones que estaban situadas en el Sur.



<b>Campo</b>	<b>Población total</b>	<b>Menores 5 años</b>	<b>Mayores 5 años</b>	<b>% Menores</b>
<b>ADI KIVU</b>	8.069	875	7.194	10,84 %
<b>BOULONGE</b>	5.975		5.975	
<b>IDJWI NORTE</b>	20.687	2.618	18.069	12,65 %
<b>IDJWI SUR</b>	19.832	3.639	16.193	18,34 %
<b>INERA</b>	53.469	7.172	46.297	13,41 %
<b>KALAMBO I</b>	241		241	
<b>KALAMBO II</b>	218		218	
<b>KALAMBO III</b>	234		234	
<b>MURHALA</b>	6.547	985	5.562	15,04 %
<b>NYAKAVOGO</b>	6.069	1.413	4.658	23,28 %
<b>PANZI</b>	12.825	1.363	11.462	10,62 %
<b>SHABARABE</b>	4.759	1.318	3.441	27,69 %

Todos estos Campos tenían en común contar con dispensario, escuelas, centro nutricional, letrinas, agua potable, asistencia social, reparto de víveres, leña, suministros médicos y vacunaciones en colaboración con UNICEF. Es decir, básicamente tenían la misma organización todos ellos excepción hecha de los Campos de la isla de Idjwi. Asimismo, pero con la misma excepción, los diferentes agrupamientos se encontraban situados en los alrededores de la ciudad de Bukavu, siendo su comunicación por carretera con dicha ciudad, lugar en el que se encontraba la Central de Cáritas para todas las operaciones. Si bien las distancias en kilómetros no son grandes entre los Campos entre sí y con la ciudad de Bukavu, las particulares condiciones geoclimáticas y socioeconómicas de la región hacían notablemente penosa la comunicación entre los distintos



REFUGEE CAMPS IN EAST ZAIRE  
AS AT 04/11/96

WTFDOI? VAL# mit 05.11.2006



emplazamientos, por lo que las disponibilidades de los medios de transporte adquirirían una relevancia especial (Mapa 2).

A continuación describimos las peculiaridades de cada uno de ellos.

#### **4.3.1. Campo de ADI KIVU**

Este Campo estaba situado al Norte de Bukavu a unos 30 kilómetros. Por su inmediata proximidad al Hospital del mismo nombre, de referencia para los refugiados, que estaba al cargo de la ONG "Médicos en Catástrofe", se observó a lo largo de los 3 primeros meses que los refugiados acudían al hospital en lugar de al Centro de Salud instalado en el Campo por lo que se pensó que podría ser una solución para evitar la duplicidad de servicios que el mismo hospital atendiera consultas externas diarias y evitar todo el personal y los suministros que requerían mantener el Centro de Salud del Campo en funcionamiento. De acuerdo con "Médicos en Catástrofe" se presentó al ACNUR la propuesta teniendo además en cuenta que el médico refugiado que atendía el Centro de Salud se marchó del Campo a otro país y el ACNUR aceptó el cambio, de forma que a partir del 1 Enero 1996, en lo que a Salud se refiere, este Campo pasó a ser responsabilidad de "Médicos en Catástrofe".

#### **4.3.2. Campo de BOULONGE**

Este Campo estaba constituido por varones mayores de 18 años todos ellos militares ruandeses hutus, es decir los militares derrotados en la guerra que se había producido en Rwanda. Este Campo no fue nunca reconocido como tal por ACNUR ya que en sus Estatutos los militares no son reconocidos como refugiados y por tanto están excluidos de su protección.

Movidos por sentimientos humanitarios la ONG "Caritas Bukavu" se hizo cargo de este Campo en todos los terrenos incluyendo el de la Salud.

Este Campo estaba al mando de un Coronel y se regía con disciplina militar, incluso los habitantes llevaban uniformes. Dada su situación geográfica a

unos 80 Kms. de la ciudad, su abastecimiento era fuente inagotable de grandes problemas de transporte por las lluvias, el barro y los asaltos a los convoys.

Teniendo en cuenta que no iban a ser reconocidos como refugiados, paulatinamente se les hizo ver la necesidad de deshacer el Campo, así como de comenzar a insertarse con familiares o conocidos en los otros Campos existentes, así poco a poco hasta que en febrero de 1996 el Campo desapareció.

#### **4.3.3. Campos de la ISLA DE IDJWI**

Idjwi es una isla situada en el lago Kivu, que delimita la frontera entre Ruanda y Zaire. Tiene una extensión de 3.400 Km<sup>2</sup>, 90 Km de largo y una anchura media de 40 Km. Desde julio de 1994 los refugiados buscaron asilo en la isla y se dispersaron entre las familias zaireñas. En el mes de septiembre de 1995 se habían agrupado en concentraciones a lo largo de la costa.

Aproximadamente el número de refugiados en la isla alcanzaba la cifra de 40.000 de los cuales el 21% era menor de 5 años.

Geográficamente la isla tiene en el centro un estrechamiento, que la divide en dos zonas, el Norte y el Sur de ahí proviene nuestra denominación. Entre el Norte y el Sur no existe carretera de comunicación, sino solamente una pista por la que podían circular exclusivamente motos en la época seca, ya que en la época de lluvias no era transitable.

La comunicación con el continente se hacía utilizando piraguas a través del lago, ya que las balsas neumáticas solamente podían llevar 4 ó 5 personas cada vez y por tanto el gasto de combustible era muy grande, teniendo en cuenta, además que no podían cargar ningún tipo de suministros. El trayecto desde el continente a la isla duraba 3 horas, siempre y cuando el tiempo lo permitiera, ya que no todos los días el lago era navegable y de hecho por las tardes no se podía atravesar. Esto era debido a que el fondo del lago es

volcánico y por las tardes se calentaba el agua formándose auténticas tormentas con grandes olas. Los zaireños dicen que “el lago se enfada” y le tienen mucho respeto, ya que han sido muchos los naufragios habidos con un saldo de muchas personas ahogadas, debido a que sus aguas, al desprender gases como el metano, no son aptas para la natación más allá de un corto tiempo, por el peligro que suponen las emanaciones.

Teniendo en cuenta todas estas cuestiones de tipo geográfico, el envío de suministros a la isla suponía un problema logístico de grandes dimensiones.

Por otro lado citaremos el problema de las comunicaciones, ya que solamente en el Sur había un equipo de radio, pero sin operador, por tanto solamente se podían establecer las comunicaciones a horas fijadas de antemano.

#### **4.3.3.1. Campos de IDJWI NORTE**

Bajo este nombre se reúnen un total de 20.687 personas divididas en 4 concentraciones situadas a lo largo del borde del lago Kivu. Estas concentraciones no disponían de agua potable ni de los servicios necesarios pero se establecieron allí dada su proximidad a la costa ruandesa, pese a las dificultades de todo tipo que presentaban.

##### **a) Bugarula**

Centro de referencia en el que había una médico ruandesa refugiada que a su vez trabajaba para el Hospital Metodista que había en el mismo lugar con el que existía un convenio para las hospitalizaciones imprescindibles.

##### **b) Shayo**

Concentración de aproximadamente 8.000 personas situada en el extremo Norte de la isla, distante 2 horas de Bugarula en piragua, siempre que el tiempo permitiera utilizarla -sólo era posible durante la mañana,

como ya hemos mencionado- y si el recorrido por una especie de pista se hacía en moto -disponíamos, teóricamente, de 4 motos para toda la Isla ya que la mayor parte del tiempo alguna estaba estropeada- duraba 1 hora aproximadamente.

Dadas las dificultades geográficas, el acceso a esta concentración presentaba problemas muy serios, y de ello se resentían tanto los suministros de víveres como de medicamentos, como las vacunaciones y lógicamente también el traslado de los enfermos.

**c) Chondo**

Concentración de aproximadamente 7.000 personas situada en el extremo Nor Oriental de la isla distante 3 horas de Bugarula en piragua e inaccesible en moto, por lo tanto presentaba las mismas dificultades de la anterior, pero agravadas al ser mayores las distancias.

**d) Magwete**

Concentración de aproximadamente 2.500 personas situada al Este de la isla en frente de Bugarula, su acceso por el lago en piragua suponía un recorrido de casi 4 horas y por tierra había que hacerlo andando durante 1 hora y media, de forma que el traslado de suministros se hacía la mayor parte de las veces por este último sistema llevando los bultos en la cabeza.

**4.3.3.2. Campos de IDJWI SUR**

Bajo este nombre se reúnen un total de aproximadamente 19.832 personas en 5 concentraciones a lo largo del lago Kivu. El sistema de comunicación por radio sólo se establecía a determinadas horas desde el Continente hacia la isla ya que había unas monjas allí que así lo tenían dispuesto, el resto del día no había nadie que pudiera atender la radio. Con el Norte no había ni tan siquiera esta posibilidad.

**a) Monwu**

Hospital de referencia para la zona dirigido por un médico del Servicio de Salud Zaireño que atendía a los nativos zaireños, llevaba muchos años establecido. Mediante acuerdos de colaboración también atendía a la población refugiada.

**b) Karama**

Concentración de unas 2.500 personas situada en el Sur a una media hora de camino en piragua.

**c) Bwina**

Concentración de unas 3.000 personas a la que se llegaba en piragua, siguiendo la línea de la costa, había que pasar una "aduana" de militares zaireños que dejaban libre el paso o no a voluntad. La explicación es que esta parte de la isla dista unos 250 metros de la costa ruandesa y por tanto estaba muy vigilada para evitar el tráfico de todo tipo existente en la zona.

**d) Nboza**

Concentración de unas 4.000 personas a una hora y media aproximadamente de Monwu en piragua con las mismas características de las anteriores.

**e) Nkuwu**

Concentración de unas 4.500 personas siguiendo la costa y accesible por tierra a pie subiendo y bajando las colinas.

**f) Bwando**

Concentración de unas 4.500 personas situada en la parte más Oriental de la isla a casi 3 horas en piragua de Monwu.

Toda esta zona del Sur estaba atendida por un médico refugiado ruandés y varios enfermeros que intentaban hacer una visita por semana a todos los centros visitando los casos que le tenían preparados y a su vez hacer en la misma piragua los traslados al hospital de Monwu.

#### **4.3.4. Campo de INERA**

Situado en la carretera del aeropuerto estaba muy bien comunicado. Su elevado número de población 53.469 refugiados, le daba unas características en cuanto a funcionamiento diferentes a los demás Campos, por su volumen de suministros, almacenamiento y número de consultas. Era el Campo en el que tuvieron lugar mayor número de nacimientos -40 por semana-. Este Campo estaba dirigido por religiosos/as españoles, y era considerado por ACNUR como un Campo modelo.

#### **4.3.5. Campos de KALAMBO I- II- III**

Hemos agrupado la descripción de los tres Campos, ya que estaban constituidos exclusivamente por niños no acompañados, lo que les confería unas peculiaridades propias, ya que las viviendas eran para 10 ó 12 niños al cuidado de una persona mayor y disponían de cocinas colectivas y escuelas. A lo largo del periodo de tiempo estudiado se fue paulatinamente reduciendo el número de niños, hasta el punto de llegar a clausurar uno de estos Campos, quedando al final del periodo solamente dos en funcionamiento. En estos Campos la prioridad fundamental era la asistencia psicológica.

#### **4.3.6. Campo de MURHALA**

Este Campo estaba situado al Norte de Bukavu, también al cargo de religiosas/os españoles. Su ubicación geográfica muy próxima a una laguna con



gran cantidad de mosquitos, supuso un importante problema sanitario, debido a las enfermedades transmitidas por éstos.

#### **4.3.7. Campos de NYAKAVOGO y SHABARABE**

Estos eran dos Campos muy próximos a Bukavu, cuyo principal problema eran las instalaciones, muy precarias y el transporte, pues no disponían de vehículo. Muy cerca de Nyakavogo se encuentra el hospital zaireño Bagira, en el que se podían atender las urgencias.

#### **4.3.8. Campo de PANZI**

Este Campo presentaba unas características especiales en cuanto a sus moradores, ya que eran militares con sus familias y por tanto no fue reconocido por ACNUR en el primer momento. Después de muchas conversaciones y pasando el tiempo, cuando los militares se despojaron de sus uniformes, entonces se consiguió su reconocimiento en noviembre de 1995. Hasta esa fecha Cáritas se había hecho cargo de cubrir todas sus necesidades. Su situación geográfica era muy próxima a Bukavu.

Todos los Campos descritos y todos los demás que había situados en la zona de Bukavu, al cargo de otras Organizaciones Humanitarias, fueron disueltos voluntariamente en el momento en el que se produjo el levantamiento de las fuerzas no leales al gobierno zaireño, que acabaron por derrocar al Presidente Mobutu e instaurar la nueva República Democrática del Congo.

Una gran parte de los refugiados volvió a Ruanda, otros huyeron hacia otros países africanos

#### **4.4. RECURSOS SANITARIOS DE LOS CAMPOS DE REFUGIADOS**

##### **4.4.1. Centros de Salud**

La totalidad de los Campos contaba con un Centro de Salud, situado en una zona del mismo de fácil acceso, tanto para los refugiados como para los vehículos. La construcción de este Centro no era en la mayor parte de los casos de barro y cañas, ni de otro material sino que se hacían a base de tiendas de campaña de un tamaño grande en las que se instalaba una mesa y dos sillas. En el suelo se ponían en ocasiones unas tablas para aislarlas de la humedad del suelo y del posible barro.

En otra tienda se instalaba el material para las curas y las inyecciones, o bien si no había tiendas suficientes, la tienda principal se compartimentaba mediante plásticos.

Los medicamentos se guardaban en unos pequeños locales de barro y cañas con una puerta que tenía llave, excepción hecha de uno de los Campos Kalambo de los niños no acompañados y de algunas de las concentraciones pequeñas de la Isla de Idjwi en las que al ser la cantidad de medicamentos pequeña, se guardaban en un baúl metálico con llave.

En los Campos de Inera y Murhala tenían para los medicamentos unas farmacias situadas en unos locales contruidos con tablas de madera.

En todos los Campos existía un lugar destinado a paritorio excepto en los Campos de los niños por no ser preciso.

En Inera contaban con un centro de observación, ya que en él no se hacía ningún tipo de cirugía, dividido para hombres y mujeres con unas 20 camas.

En los demás Campos las tiendas de observación, al ser su población mucho menor, eran de 2 a 4 camas. También aquí contamos con una excepción, ya que en el Campo de los militares de Panzi, al estar a cargo de un médico cirujano militar, se llevaban a cabo operaciones de cirugía mayor y menor. En este Campo además aprovechando los edificios antiguos de unos religiosos que

había en la zona, tenían también unas instalaciones para rehabilitación de los mutilados por heridas de guerra, tanto por amputaciones de miembros como ciegos con una reeducación especial.

#### **4.4.2. Centros Nutricionales**

Se denominaban así los lugares destinados a llevar el control de los niños con deficiencias en la nutrición más o menos graves, así como de las madres que estaban en periodo de amamantar a sus hijos y necesitaban una alimentación suplementaria. Asimismo en estos Centros se vigilaba periódicamente la talla y el peso de los niños y se suministraban las raciones de comida suplementaria y las dietas especiales de leche y galletas energéticas. En algunos casos tenían unas camas destinadas a los casos de marasmo que necesitaban de cuidados especiales.

#### **4.4.3. Farmacia**

En todos los Campos de refugiados objeto de este estudio, existía un depósito de medicamentos desde el que se repartían éstos a los refugiados. Según el tamaño del Campo, podía ser desde un baúl metálico provisto de una llave, hasta un edificio construido de madera con estanterías en las que estaban dispuestos dichos medicamentos de una manera ordenada.

### **4.5. ORGANIZACIÓN SANITARIA**

#### **4.5.1. Recursos humanos**

La estructura sanitaria de todos estos Campos estaba coordinada en el nivel central por un Coordinador médico y un Coordinador farmacéutico, ambos expatriados, en cada Campo la estructura de los recursos disponibles era la siguiente:

CAMPO	Médicos	Enfermeros	Auxiliares	A.S.B.	Media consultas mensuales
ADI KIVU	1	5	5	8	2546
BOULONGE		5	5	6	1513
IDJWI NORTE	1	15		18	6773
IDJWI SUR	1	17		22	5828
INERA	2	22	38	52	13757
KALAMBO I		3			190
KALAMBO I I		2			285
KALAMBO I I I		2			186
MURHALA		7	12	6	2451
NYAKAVOGO	1	5	5	5	1685
PANZI	1	5	5	12	6482
SHABARABE		5	5	5	1922

Este personal era el que se encontraba en los Campos al inicio del estudio, a lo largo del mismo hubo variaciones, pero siempre manteniendo aproximadamente este esquema. Los enfermeros se clasifican en 3 categorías A1, A2, A3 según los tres niveles de estudios de enfermería existentes en Ruanda y Zaire. El personal sanitario era ruandés y zaireño, ya que el gobierno de Zaire así lo regulaba, percibiendo además diferentes salarios.

Los Animadores Sanitarios de Base (ASB) debían tener un nivel de enfermero A3 o Asistente social, saber hablar y escribir francés y kinyarwanda

#### **4.5.1.a. Tareas del personal sanitario**

##### **Médicos**

*Asegurar* diariamente, la consulta de los enfermos y *Supervisar* todos los programas que se hubieran puesto en marcha, la redacción de los boletines epidemiológicos así como la buena gestión del material y los medicamentos.

### Enfermeros

Enfermero A1. Tenían las mismas tareas del médico, ya que le suplían en muchos de los campos, y además realizaban la supervisión de las actividades de los ASB y redactaban las peticiones de medicamentos.

Enfermero A2 y A3. Su tarea radicaba en ser ayudantes de los anteriores en todos los trabajos relacionados con la salud así como distribuir los medicamentos desde la farmacia.

### Auxiliares

Desarrollaban la tarea de ayudar a los anteriores en los puestos de Salud y en los Centros Nutricionales.

### Animadores sanitarios de base (ASB)

Se encargaban de asegurar el reparto de comida y el registro de todos los refugiados, visitar las viviendas para informar y atender las necesidades y asegurar la escolarización de los niños.

#### **4.5.2. Recursos materiales**

- a) Edificaciones elementales o tiendas de campaña para la instalación de los centros de salud, consultas, curas, observación y partos, farmacia y centros nutricionales.
- b) Mobiliario, mesas, sillas, camillas (hamacas), estanterías para los medicamentos o en su defecto baúles con llave.
- c) Material médico para curas e inyecciones y medicamentos.
- d) Material de escritorio, cuadernos de registro, fichas de vacunación, fichas o cartillas de salud, bolígrafos, impresos de boletines epidemiológicos.

## **4.6. FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

### **4.6.1. Documentos sanitarios**

#### **Ficha o cartilla individual de Salud**

Con este nombre se denomina a la Ficha que se entregaba a cada refugiado a su llegada al Campo, siguiendo un modelo preestablecido por ACNUR donde constaba el nombre, el sexo, la edad, en la cabecera y luego en una serie de líneas en blanco se anotaba el motivo de la consulta, el diagnóstico establecido y los medicamentos que se le habían prescrito.

#### **Ficha o cartilla de Vacunación**

A cada niño al vacunarse por primera vez se le anotaba en una ficha el nombre, el sexo, la edad, y en las diferentes líneas en blanco que seguían se le anotaban las vacunas recibidas. Se explicaba a cada madre la importancia de guardar cuidadosamente dicha cartilla de vacunación.

#### **Boletines Epidemiológicos Semanales (Anexo 1)**

Se denominan así a los boletines elaborados por ACNUR y OMS a tal efecto, que permiten la recogida de los datos esenciales para la vigilancia y control de las enfermedades más prevalentes. En estos Boletines se recogen los siguientes datos:

- 1.- Nombre del Campo, Agencia/ONG encargada del Campo, número de semana.
- 2.- Población del Campo durante la semana, distribuída en mayores y menores de 5 años.
- 3.- Problemas de Salud divididos en mayores y menores de 5 años y expresando si eran Antiguos o Nuevos Casos, entendiendo por Nuevo Caso todo paciente que iba a la consulta por primera vez con una

patología, y Antiguo Caso, si en el transcurso de la semana volvía otra vez a consulta por esa misma patología.

4.- Número de Nacimientos, Consultas prenatales y número de traslados a hospitales.

5.- Fallecimientos habidos en el Campo según los Problemas de Salud

Los Problemas de Salud fueron agrupados en función de las patologías más frecuentes, quedando la clasificación de la siguiente manera:

Sarampión	Paludismo (Gota gruesa / Frotis +)
Meningitis	Traumatismos
Diarreas sangrantes y no sangrantes	Enfermedades Transmisión Sexual
Cólera	SIDA clínico
Afección respiratoria alta	Malnutrición <70% peso / talla
Afección respiratoria baja	Afecciones dermatológicas
Conjuntivitis	Tuberculosis pulmonar (BK+)
Fiebre de origen indeterminado	Diversos (especificar)
Paludismo clínico	Otros

### **Cumplimentación de los Boletines Epidemiológicos**

Estos boletines debían ser cumplimentados por el responsable de Salud del Campo, es decir el enfermero o médico que estuviera al cargo del Puesto de Salud y entregados todos los lunes al ACNUR y la OMS.

La cumplimentación de los Boletines se hacía reflejando en ellos todos los casos que se habían presentado en las consultas durante la semana, por tanto si no se llevaban libros de registro, el rellenar las casillas de los Boletines era una cuestión que se planteaba cuando menos problemática, por no decir inexacta en la mayor parte de los casos.

**Problemas y limitaciones que presentaban los Boletines**

1. Se observó una gran dificultad a la hora de rellenar los boletines dado que la diferencia entre Nuevo y Antiguo Caso planteaba problemas de comprensión por parte de los enfermeros.
2. En los Boletines no existía ningún lugar en el que se pudieran reflejar el número de curas realizadas.
3. Los Boletines debían encontrarse el lunes de cada semana en la sede de ACNUR y OMS, para ello había que disponer de los adecuados medios de transporte, que dadas las condiciones geográficas, en muchas ocasiones no eran factibles, y en determinadas circunstancias como eran los relativos a la Isla de Idjwi, no era materialmente posible su transporte por no haber una piragua disponible, o bien llegaban solamente los de algunas concentraciones, pero pocas veces los de la totalidad.
4. Dado que uno de los usos de los boletines era establecer las necesidades de medicamentos de los Campos, según su epidemiología, todas estas limitaciones o problemas repercutían de manera muy notable en el número de medicamentos o material de curas que posteriormente recibían.

**Aplicaciones de los Boletines Epidemiológicos semanales**

1. Elaboración de la Hoja de Vigilancia Epidemiológica (Anexo 2)

Una vez recibidos los lunes por ACNUR y OMS, estos Organismos realizaban una recopilación de todos los datos que en ellos aparecían provenientes de todos los Campos de refugiados existentes en la zona de Bukavu.

Con estos datos se confeccionaba la Hoja de Vigilancia Epidemiológica, que semanalmente se enviaba a cada ONG y además se utilizaba como base para convocar todos los martes una Reunión de Coordinación Médica, a la que asistían la Coordinadora Médica de ACNUR, el representante de la OMS, el



Farmacéutico de ACNUR, y todos los Coordinadores médicos y farmacéuticos de todas las ONG'S implicadas.

En esta reunión semanal se estudiaban todos los problemas médicos encontrados durante la semana y se daban además las pautas a seguir en la semana siguiente, tanto en cambios de tratamientos como en lecciones para aprender a reconocer rápidamente las diferentes patologías. Con respecto a los primeros podemos resaltar el caso del Metronidazol, que debido a su incompatibilidad con el alcohol resultaba uno de los tratamientos de escaso cumplimiento, puesto que se debían tomar 6 comprimidos diarios durante 7 días seguidos, para solventar este problema se decidió que tomaran en una sola toma 10 comprimidos y al día siguiente ya podían tomar alcohol. En cuanto a las lecciones se impartieron charlas monográficas sobre malaria, enfermedades respiratorias, y meningitis.

En esta reunión se planteaban todo tipo de quejas con respecto a los suministros de medicamentos y en general sobre todos los problemas de índole sanitaria encontrados.

## 2.- Estimaciones de las necesidades de medicamentos en los Campos

Basándose en los datos recogidos en los Boletines Epidemiológicos Semanales el farmacéutico de ACNUR hacía las estimaciones de las necesidades de medicamentos de los diferentes Campos.

### 4.6.2. Funcionamiento

La norma general para el funcionamiento de los servicios sanitarios que se prestaban en todos los Campos era establecida en un horario de mañana.

Las personas aquejadas con un problema de salud se iban situando ordenadamente en unas filas, se sentaban en el suelo, o bien en bancos de madera instalados al efecto, esperando su turno para acceder a la consulta.

Una vez dentro del Centro de Salud, el médico o el enfermero responsable les atendía, anotando los datos, tanto personales como los síntomas observados, el diagnóstico, y la medicación prescrita en el libro de registro de consultas.

El diagnóstico y la medicación prescrita se anotaba además en la cartilla sanitaria individual de cada paciente.

Una vez terminada la consulta recogían en su caso, la medicación prescrita en el departamento correspondiente a la farmacia. En la farmacia a la vista de la cartilla sanitaria se les suministraba la medicación anotada en ella. A su vez, se anotaban también las salidas de dichos medicamentos en el libro de salidas de medicamentos de la farmacia para su posterior control.

### Vacunaciones

Las vacunaciones se realizaban en estos mismos lugares, llevando a cabo previamente unas campañas de sensibilización para que acudieran las madres con los niños el día señalado. Las vacunas eran suministradas por UNICEF que a su vez, proporcionaba las neveras correspondientes, para no romper la "cadena del frío", ya que en estas neveras portátiles de acumuladores, el tiempo de conservación de las vacunas era limitado -3 días en la nevera grande y unas 8 horas en las neveras pequeñas- por ello tenía una gran importancia la sensibilización antes mencionada hecha con anterioridad a la fecha de la vacunación, y que todo el personal que iba a participar en la vacunación estuviera preparado para poder sacar un máximo rendimiento del tiempo.

#### **4.6.3. Suministros de medicamentos**

Las necesidades de medicamentos se estimaban por parte de los servicios farmacéuticos del ACNUR, basándose en los datos reflejados en los Boletines Epidemiológicos que el responsable de salud de cada Campo les enviaba semanalmente.

Las peticiones de medicamentos por parte de los responsables de salud de cada Campo se hacían quincenalmente adaptándose a una Lista predeterminada de medicamentos esenciales que el ACNUR tenía disponible. Los suministros de medicamentos por parte de ACNUR se hacían asimismo con la misma periodicidad.

Los medicamentos que constituían el envío realizado por ACNUR podían no ser todos los solicitados por el responsable de salud del Campo por varias razones:

1. Falta de existencias de algún medicamento en la Farmacia Central de ACNUR

En este caso, por ejemplo falta de sueros glucosados en el mes de diciembre, el problema que se planteaba había que resolverlo comprando, cuando era posible, en la misma ciudad de Bukavu las existencias necesarias para cubrir las necesidades de los Campos que estaban a nuestro cuidado. En el ejemplo antedicho fueron 1.000 los sueros adquiridos.

Este problema no es cuantificable, ni previsible ya que en muchas de las ocasiones depende de las circunstancias externas como puede ser la climatología.

Hemos dicho anteriormente, si era posible adquirirlos en la misma ciudad, esto es debido a que en la ciudad de Bukavu había un laboratorio que se dedicaba a la fabricación de sueros, pero no en la cantidad suficiente para

atender las necesidades de toda la población de refugiados, además de su consumo propio.

## 2. Diferencias de criterios para la estimación de necesidades

En este segundo caso, la dificultad consistía en llegar a demostrar el porqué de la petición de medicamentos. Dado que el responsable de Salud de cada Campo enviaba su lista sin explicaciones y el responsable farmacéutico del ACNUR hacía el envío sin explicaciones, las diferencias de criterios eran difíciles de solucionar ya que la comunicación era prácticamente inexistente.

Para la mejor comprensión, vamos a enumerar a continuación los diferentes pasos que conllevaba la cadena de suministro de medicamentos:

1. El responsable de salud de cada Campo emite una lista de necesidades de medicamentos esenciales cada quince días, la lista es recogida por la *Farmacia Central de la ONG*, que se encarga de enviar al ACNUR dichas solicitudes, siendo este el que se hará cargo de los medicamentos.
2. La *Farmacia central de la ONG* recoge los medicamentos de ACNUR, comprueba que están todos ellos antes de embalarlos, y los envía al Campo correspondiente.
3. Dados los 2 problemas citados anteriormente, antes de enviar los medicamentos al Campo el responsable Farmacéutico de la ONG comprueba si hay o no diferencias entre los medicamentos solicitados y los enviados por ACNUR y establece la medicación complementaria que hace falta enviar o no según los casos.

## **4.7. FASES DEL DESARROLLO DEL ESTUDIO DE LOS MEDICAMENTOS**

### **4.7.1. Inventario**

Con el fin de tener un control y/o diagnóstico de la situación, se realizó en primer lugar un inventario en el depósito central de medicamentos de la ONG en la ciudad de Bukavu. Para ello se elaboraron unas Fichas de inventario que se rellenaron de forma individual para cada medicamento, según sus diferentes presentaciones y dosis. En cada ficha se anotaba:

Nombre del medicamento, forma de presentación, dosis, número del lote y fecha de caducidad del mismo. En el caso de coexistir varios lotes, se anotaban las fechas de expiración de cada uno de ellos.

Estas mismas fichas servían para anotar las entradas y salidas de cada uno de los medicamentos, de forma que el inventario pudiera realizarse en adelante en cualquier momento.

Una vez elaboradas las fichas se procedía al recuento del número de unidades existentes de cada referencia, anotándolas en su ficha correspondiente.

Después de efectuar el recuento de las unidades, se volvieron a colocar en las estanterías, teniendo en cuenta su fecha de caducidad, de tal forma que los medicamentos cuya fecha de caducidad había expirado fueron separados de los demás y se procedió a su destrucción, y los medicamentos al final de su fecha de validez, es decir, los que tenían una fecha muy próxima de caducidad (noviembre-diciembre 1995) fueron separados del resto de los medicamentos, con objeto de hacer un reparto especial en todos los Campos para utilizarlos de manera inmediata con preferencia sobre los demás.

#### **4.7.2. Visitas a todos y cada uno de los Campos de refugiados**

El objetivo de la visita era, en primer lugar conocer sobre el terreno cual era la situación en lo relativo a medicamentos de cada uno de los Campos de refugiados, es decir, cuales eran las existencias de medicamentos disponibles, su conservación y su forma de distribución y abastecimiento.

#### **4.7.3. Depósitos de medicamentos en los Campos**

Intentamos hacer un inventario en cada Campo, pero nos encontramos con inconvenientes de toda índole, ya que al ser refugiados la mayor parte de los responsables de salud de los Campos, no querían que nadie supiera las existencias de medicamentos que guardaban en sus farmacias, por el temor de que les fueran arrebatadas, y por una desconfianza hacia todo lo que fueran nuevos métodos de control. Por estas razones no se pudieron hacer los inventarios.

Se realizó un control de los medicamentos caducados para proceder a su eliminación, encontrando en todos los casos (excepción hecha de Inera y Murhala) medicamentos cuya fecha había expirado. En la mayor parte de los casos había sucedido, no por falta de uso sino por un defecto de colocación, con lo que tratamos de explicar los motivos para que no volviera a suceder y con ello aprovechar todos los suministros convenientemente.

En las farmacias de los Campos, excepción hecha de Inera y Murhala encontramos que no tenían registradas de ninguna manera las entradas y salidas de los medicamentos, con lo que el seguimiento de los mismos era irrealizable.

#### **4.7.5. Libros de registro**

Una vez recibidos estos datos en la farmacia central de la ONG el farmacéutico pasaba a elaborar dos fichas para cada Campo en las que se registraban:

**Ficha 1.**(Anexo 3) Constaba de 6 columnas, cuyas denominaciones eran las siguientes:

- 1- Nombre del medicamento
- 2- Número de unidades solicitadas durante el mes
- 3- Número de unidades recibidas de ACNUR
- 4- Número de unidades recibidas por parte de la ONG
- 5- Número total de unidades recibidas
- 6- Número de unidades consumidas

**Ficha 2.**(Anexo 4) Constaba de 9 columnas, cuyos títulos eran los siguientes:

- 1- Nombre del medicamento
- 2- Pauta de utilización
- 3- Número de unidades de medicamentos solicitadas
- 4- Número de tratamientos, siguiendo las pautas solicitados
- 5- Número de unidades de medicamentos recibidas
- 6- Número de tratamientos siguiendo las pautas recibidos
- 7- Problemas de Salud
- 8- Nuevos casos clasificados en mayores y menores de 5 años
- 9- Antiguos casos

Durante el transcurso de la visita, pudimos observar que no se llevaban registros de consultas, por tanto se inició la puesta en marcha del sistema de registro en unos libros, en los que se anotaban los datos del paciente, los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento en cada uno de los casos y si era un Nuevo caso o se trataba de un Antiguo caso. La persona responsable de rellenar el libro era la misma que pasaba la consulta.

La finalidad de cumplimentar los libros era para facilitar la labor de rellenar semanalmente los Boletines Epidemiológicos, ya que se podían producir errores si los datos no estaban registrados por la gran afluencia de pacientes.

En el caso de la farmacia se les facilitaron unos cuadernos en los que en cada hoja se escribía el nombre del medicamento y su presentación y en las líneas sucesivas las entradas y salidas que tenían diariamente, con el fin de poder hacer una recopilación de estos datos bien quincenal o mensualmente. La persona responsable de rellenar este libro era la misma que se encargaba de la farmacia.

En el Campo de Inera, que disponía de 4 puntos de distribución de medicamentos, cada uno de ellos anotaba sus entradas y salidas y luego la responsable de la farmacia compilaba los resultados en una única hoja.

#### **4.7.6. Recogida de datos**

Estos datos se empezaron a recoger de forma sistemática después de salvar todas las reticencias que se fueron presentando a partir del 1 de diciembre de 1995. Se recogieron los siguientes datos:

- a) Boletines Epidemiológicos del mes
- b) Solicitud de medicamentos realizada durante el mes
- c) Medicamentos recibidos mensualmente por parte de ACNUR
- d) Medicamentos complementarios recibidos por parte de la ONG
- e) Consumo mensual de medicamentos efectuado en cada Campo



Tanto en la Ficha 1 como en la 2 en su encabezamiento figuraba el nombre del Campo así como el nombre del mes del que se trataba.

Estas fichas una vez cumplimentadas por el Farmacéutico responsable de la ONG eran entregadas en cada Campo, quedándose el Farmacéutico con una copia de todas ellas.

El hecho de entregárselas rellenas con los datos que ellos mismos habían aportado tenía como finalidad que comprobaran como los datos que se habían esforzado en recoger quedaban reflejados sobre un papel, en el cual estaban realmente expresados sus problemas, si es que los había y si realmente con los medicamentos que habían recibido por parte de ACNUR habían podido atender todos los tratamientos de las diferentes patologías encontradas.

En estas fichas, además los responsables de cada Campo podían ver si había desajustes entre sus solicitudes y su consumo real y así en el caso de que los hubiera poder ajustar las unas con las otras en los meses venideros.

De hecho, estas fichas eran utilizadas para la discusión con el responsable Farmacéutico de ACNUR sobre si los medicamentos recibidos por los Campos eran o no suficientes para cubrir todas las necesidades generadas por sus diferentes patologías.

#### **4.8. CUANTIFICACIÓN DEL SUMINISTRO Y CONSUMO DE LOS MEDICAMENTOS**

Los datos disponibles a la hora de cuantificar eran los que se encontraban recogidos en las fichas 1 y 2 mencionadas anteriormente.

Con el objeto de responder a los objetivos propuestos, la cuantificación se llevó a cabo siguiendo el procedimiento que enumeramos a continuación.

#### **4.8.1. Medicamentos por vía oral clasificados por grupos terapéuticos**

##### **4.8.1.a. Estimación numérica de comprimidos**

Se realizaron diferentes recuentos:

1. Los medicamentos suministrados por ACNUR durante el período de octubre de 1995 a febrero de 1996 en cada uno de los Campos.
2. Los medicamentos suministrados durante el mismo periodo por la ONG individualmente en cada Campo.
3. Los medicamentos suministrados por ACNUR en el periodo citado en el *conjunto de los Campos*.
4. Los medicamentos suministrados por la ONG en dicho periodo en la totalidad de los Campos.

##### **4.8.1.b. Estimación en porcentajes**

Se calcularon :

1. Porcentaje de cada grupo terapéutico con respecto al total de los demás grupos terapéuticos por vía oral suministrados por cada una de las fuentes de abastecimiento.
2. Recuento de los grupos terapéuticos que en su conjunto alcanzan el 95 % de todos los suministrados.
3. Cálculo de los porcentajes sobre el total de los suministros de cada una de las dos fuentes de abastecimiento en cada Campo.
4. El porcentaje de medicamentos suministrados de cada grupo terapéutico en el conjunto de los Campos por cada una de las fuentes de abastecimiento.

#### **4.8.2. Antibióticos por vía oral**

##### **4.8.2.a. Estimación numérica de comprimidos**

Los recuentos realizados fueron los siguientes:

1. Los antibióticos suministrados durante el periodo de referencia por parte de ACNUR a cada uno de los Campos.
2. Los antibióticos suministrados individualmente por parte de la ONG en el mismo periodo a cada uno de los Campos.
3. Los antibióticos suministrados a la totalidad de los Campos por parte de ACNUR.
4. Los antibióticos suministrados al conjunto de los Campos por parte de la ONG.

##### **4.8.2.b. Estimación en porcentajes**

Se calcularon los siguientes:

1. El porcentaje que representa cada antibiótico dentro de su grupo terapéutico, en cada uno de los Campos, según su procedencia.
2. El porcentaje que representa cada antibiótico respecto a su propio grupo terapéutico en el conjunto de los Campos.

#### **4.8.3. Solicitudes y consumos de medicamentos**

Se calcularon los siguientes:

1. Recuento de las solicitudes de medicamentos según el número de comprimidos de cada grupo terapéutico, formuladas por cada Campo en el periodo de diciembre de 1995 a febrero de 1996.

2. Recuento de medicamentos por vía oral clasificados por grupos terapéuticos realmente consumidos durante el mismo período.

#### **4.8.4. Descripción de las Patologías más frecuentes**

Los datos para la obtención de los recuentos de las diferentes patologías se han obtenido a partir de los Boletines Epidemiológicos que cada Campo emitía semanalmente. Las patologías recogidas en ellos son las que en el mismo orden hemos utilizado en esta cuantificación. La clasificación en solamente dos grupos etarios, mayores y menores de 5 años, es la utilizada tanto por la OMS como por el ACNUR.

Se calcularon los siguientes:

1. Recuento de todas las patologías encontradas en los Boletines Epidemiológicos del conjunto de los Campos de octubre de 1995 a febrero de 1996.
2. Cálculo de los porcentajes de dichas patologías según los grupos de edad en mayores y menores de 5 años.

#### **4.8.5. Tratamientos de las patologías más frecuentes**

Para cada patología consideramos un protocolo de tratamiento debido a que en los libros de registro de cada dispensario sólo constaba una patología, por paciente.

Vamos a tener en cuenta solamente los tratamientos por vía oral, ya que en este estudio solamente consideramos ese tipo de medicación, que en los casos de poblaciones en la situación de refugiados es la más indicada por su mayor facilidad de administración y dosificación.

En los tratamientos se han considerado las siguientes recomendaciones de la OMS:

1. Para la determinación de las dosis, se ha utilizado la cifra de 60 Kg para los adultos y de 15 Kg para los niños respecto a su peso corporal.
2. En infecciones agudas de vías respiratorias, se ha empleado una serie de antibióticos de 5 días.
3. El Paracetamol se ha incluido para todos los niños, mientras que en los adultos se ha utilizado como antipirético y el Ácido Acetil Salicílico (AAS) como analgésico.
4. Los jarabes no se incluyen entre las formas farmacéuticas estudiadas. En su lugar se estudian las tabletas, porque éstas son mucho más baratas que los jarabes, más estables en climas calurosos, no plantean problemas de roturas y fundamentalmente no tienen el problema de la dosificación inadecuada, ya que en la mayor parte de los casos se presentan ranuradas y por contra, los jarabes si no se agitan, puede suceder que las primeras cucharadas sean ineficaces y las últimas tengan una cantidad inadecuada o incluso letal de principio activo.
5. Para ciertos problemas de salud, está justificado el empleo de placebos, pero en este estudio no se han previsto.
5. Utilizaremos las dosis de cada medicamento recomendadas por tratamiento según ACNUR

#### **4.8.5.1.Tratamiento del Paludismo (Coordinación médica ACNUR Bukavu)**

##### **Definición de Caso**

Pacientes que presenten una fiebre de origen indeterminado (después de excluir cualquier otra causa) de más de 39°C.

**Tratamiento del acceso simple (adultos, embarazadas, niños)****1ª línea**

Día 1. Cloroquina 10 mg / Kg / 24 horas en 1 sola toma

Día 2. Cloroquina 10 mg / Kg / 24 horas en 1 sola toma

Día 3. Cloroquina 5 mg / Kg / 24 horas en 1 sola toma

**2ª línea**

Si al finalizar el tratamiento anterior persiste la fiebre en los 3 días siguientes:

Sulfametoxi Pirimetamina "Fansidar" 3 comprimidos en 1 sola toma para mayores de 5 años.

Sulfametoxi Pirimetamina " Fansidar" 1 comprimido en una sola toma para menores de 5 años

**3ª línea**

Si hay fiebre en los 3 días siguientes al fin del tratamiento de la 2ª línea:

Quinina oral 25 mg / Kg / 24 horas durante 7 días

**4.8.5.2.Afecciones respiratorias**

Para el tratamiento de la fiebre se aconsejaba Paracetamol a dosis de 100 mg para menores de 5 años y AAS a dosis de 300 /500 mg. para mayores de 5 años.

El antibiótico de elección es el Cotrimoxazol seguido de Ampicilina y Amoxycilina.

La dosificación en menores de 5 años recomendada era la siguiente:

Para Cotrimoxazol de 480 mg la pauta era de 1 comp.\*2 veces al día\*5 días

Para Ampicilina de 250 mg la pauta era de 1 comp. \* 4 veces al día\* 5 días

Para Amoxycilina de 250 mg la pauta era de 1 comp.\* 3 veces al día \* 5 días

Para Paracetamol de 100 mg la pauta era de 1 comp.\* 3 veces al día\* 3 días

Para Paracetamol de 500 mg la pauta era de ½ comp.\*3 veces al día \*3 días

La dosificación en mayores de 5 años recomendada era la siguiente:

Para Cotrimoxazol de 480 mg la pauta era de 2 comp.\* 2 veces al día \* 5 días

Para Ampicilina de 250 mg la pauta era de 2 comp\*3` veces al día \* 5 días

Para el AAS de 300 mg la pauta era de 2 comp\* 3 veces al día \* 3 días

Aplicaremos estos tratamientos a las patologías de paludismo y afecciones respiratorias bajas. Teniendo en cuenta que en el paludismo se considera que un 20% de los casos no remiten con la aplicación de la 1ª línea de tratamiento y pasan a la 2ª y un 20% de estos últimos pasan a la 3ª.

Los suministros de Cloroquina, Fansidar y Quinina, los dividiremos por el número de casos reflejados en los Boletines Epidemiológicos, para estudiar el uso de los medicamentos antedichos en estas patologías.

La utilización real de medicamentos solamente la podemos estudiar en el periodo de diciembre a febrero en cuatro de los Campos, ya que de los demás carecemos de los datos de consumo.

No obstante estos cuatro Campos suponen el 56% del total de la población diana objeto de este estudio, en total 73.375 refugiados que consideramos que puede ser una cifra de población suficientemente grande.

#### **4.8.6. Descripción de los medicamentos solicitados recibidos y consumidos para las diferentes patologías: paludismo, diarreas y afecciones respiratorias**

Los datos recogidos en las fichas 1 y 2, los utilizaremos para llevar a cabo esta descripción. En ésta última ficha constan los datos de los Boletines Epidemiológicos de cada Campo relativos al mes correspondiente. Presentaremos la descripción del conjunto de los 3 meses y en los 4 Campos de los que disponemos de todos los datos.

#### **4.9.-COSTE DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS POR LA ONG**

Utilizaremos el listado de precios de la Farmacia Diocesana de Bukavu que figura expresado en Francos Belgas.

Utilizaremos asimismo el listado de precios de ACTION MEDEOR, Organización alemana dedicada sin ánimo de lucro a suministrar medicamentos a organizaciones humanitarias, esta lista está expresada en marcos alemanes. Al estar las dos listas en moneda de diferente país, francos belgas y marcos alemanes respectivamente, los cálculos se harán en la moneda respectiva y los resultados finales se expresarán en Euros.

Hallaremos asimismo el porcentaje que significa sobre el total del coste de todos los medicamentos suministrados durante todo el periodo por la ONG, el porcentaje de cada grupo terapéutico, pormenorizando el Grupo de los Antibióticos.

No disponemos de los costes de los medicamentos que proporciona ACNUR y es por esta razón por la que no podemos hacer un estudio comparativo.



#### **4.10. ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Para realizar el análisis de los datos, hemos creado un registro de éstos utilizando el software que nos brinda el programa informático EXCEL, versión para Windows 98, de forma que pudiésemos analizar todos los aspectos que detallamos a continuación:

1. Análisis de los grupos terapéuticos que constituían más del 1% del total de los suministrados. En el caso de que algún grupo se destaque de los demás intentaremos identificar las causas que lo motivan.
2. Análisis de las similitudes o diferencias entre los suministros y consumos de medicamentos de los diferentes Campos, teniendo en cuenta que sus poblaciones son muy diferentes, tanto en número de habitantes como en su composición.
3. Identificación de las diferencias entre el número de comprimidos suministrados y los porcentajes respecto a los totales de medicamentos.
4. En cuanto a los antibióticos, se analizará su distribución porcentual individualmente en cada uno de los Campos, así como su forma de utilización.
5. Análisis del cumplimiento de los tratamientos preconizados por ACNUR y OMS a la vista del consumo de los diferentes medicamentos indicados en ellos.
6. Descripción de las aportaciones tanto de ACNUR como de la ONG detallándolas por grupos terapéuticos en el conjunto del periodo, con el objeto de comprobar si son iguales o del mismo orden para todos los grupos terapéuticos o si por el contrario varían de unos grupos a otros.
7. Se estudiaron las frecuencias de las patologías en conjunto en todos los Campos haciéndolo separadamente para los dos grupos etarios.

8. Análisis de las diferencias, si las hubiera, de las cantidades de medicamentos solicitadas por los diferentes Campos, las recibidas y las realmente consumidas.
9. A la vista de los costes de los medicamentos adquiridos por la ONG se analizaron las fuentes de abastecimiento alternativas, como son las donaciones teniendo en cuenta que durante el período objeto del estudio no se produjeron donaciones ni de medicamentos ni de material médico, pero sí las hubo en el período anterior, que ocupaba desde agosto de 1994 hasta septiembre de 1995, sobretudo en los primeros meses de la creación de los Campos. Estas fueron principalmente de material médico, que queda reflejado en el inventario realizado al comienzo del estudio.

Dado que en el Zaire no funcionaban los Bancos, las transacciones comerciales eran de difícil realización, es por ello que adquirir productos farmacéuticos en el país suponía tener el dinero en mano, por lo que las adquisiciones se podían realizar con mayor facilidad si el proveedor, como era el caso de la Farmacia Diocesana de Bukavu tenía relaciones comerciales con la Banca de Bruselas, por lo que entonces los pagos se podían hacer mediante transferencia desde cualquier lugar de Europa.

En el análisis de los costes de los medicamentos por parte de la ONG, ya que los datos de los costes de ACNUR no están disponibles, hay que considerar los gastos que pueden suponer los cargos de aduanas, que por lo general no corresponden a ningún baremo preestablecido, sino que son "*variables*" y por tanto difícilmente cuantificables, y por otro lado también los que conlleva el personal empleado en la vigilancia del almacén donde se guardan los medicamentos, el alquiler del local, y si realmente es necesaria una gran compra de medicamentos teniendo en cuenta la provisionalidad o si por el contrario es mejor hacer una previsión para un trimestre e irla adaptando a las necesidades.

Este análisis lo podríamos hacer teniendo en cuenta el inmovilizado que supone y la priorización de la utilización de los recursos disponibles.

En el análisis de los costes, se han estudiado cuales han sido los costes reales efectuados a lo largo del periodo de 5 meses, que es la duración de este estudio, pensamos que quizá es posible con ellos hacer un cálculo bastante aproximado de lo que hubieran sido los costes del año entero en medicación complementaria por vía oral, con lo que podemos analizar el coste por refugiado y año en este tipo de medicación oral complementaria, pensamos que con este cálculo sería posible tener un marco de referencia, que podría indicarnos qué medicamentos y en qué cantidad y a qué precio y cuanto espacio ocuparían dependiendo del número de refugiados a los que hubiera que atender, pensamos que de alcanzar este resultado podríamos optimizar los recursos de los que las ONG disponen en estos casos. Las razones en las que nos basamos para hacer esta proposición es que en el estudio la cifra de refugiados abastecida ha sido de 140.000 personas, que creemos representa una población suficientemente amplia. El periodo de tiempo ha sido de 5 meses, en los cuales ha habido estación de lluvias y seca, por tanto creemos que los resultados que se obtengan pueden ser extrapolables al año entero, si bien teniendo en cuenta que son en una zona de Africa. El estudio se podría completar llevándolo a cabo con los datos obtenidos en otros Campos de refugiados de otras latitudes.

10. Análisis de los posibles resultados que la implantación de los datos de consumo, al mismo tiempo que los de solicitudes de medicamentos, es decir los resultados de las fichas una vez que cada Campo recibe la que le corresponde y se comenta con cada responsable de cada Campo los datos contenidos en ellas.

## **5. RESULTADOS**

## 5.1. CUANTIFICACIÓN GLOBAL DE LOS SUMINISTROS DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL

### 5.1.1. Distribución porcentual de los distintos Grupos Terapéuticos suministrados

El porcentaje de cada Grupo Terapéutico con respecto al total de los medicamentos suministrados varía dentro de unos límites de un 10%, como máximo, en el período de los 5 meses. El hecho de reflejar en la Tabla el suministro mensualmente obedece a que existen cambios que consideramos importantes en los meses estudiados, estos cambios además presentan la particularidad de no ser iguales con respecto al Grupo Terapéutico estudiado.

Tabla 1. Distribución porcentual de los distintos Grupos Terapéuticos suministrados.

Grupos	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Media
Antiinfecciosos	58,92%	49,89%	54,08%	51,51%	56,88%	<b>54,25%</b>
Analgésicos	23,55%	23,25%	24,21%	26,45%	21,60%	<b>23,81%</b>
Gastrointestinal	10,16%	11,10%	10,02%	10,27%	12,15%	<b>10,74%</b>
Vitaminas	4,63%	9,75%	4,81%	5,54%	3,67%	<b>5,68%</b>
Sangre	0,54%	2,43%	1,31%	3,17%	3,47%	<b>2,18%</b>
Respiratorios	0,32%	2,02%	3,26%	1,40%	0,24%	<b>1,44%</b>
Antiepilépticos	0,53%	0,48%	0,64%	0,40%	0,30%	<b>0,47%</b>
Cardiovascular	0,54%	0,56%	0,57%	0,31%	1,06%	<b>0,60%</b>
Diuréticos	0,12%	0,18%	0,35%	0,45%	0,33%	<b>0,28%</b>
Hormonas	0,21%	0,26%	0,42%	0,16%	0,19%	<b>0,24%</b>
Oxítócos		0,01%	0,28%	0,31%	0,06%	<b>0,13%</b>

El Grupo en el que se observa una mayor regularidad es en el Gastrointestinal que no presenta prácticamente oscilaciones. Por otra parte el porcentaje más elevado de suministros lo ocupa el grupo de los medicamentos antiinfecciosos, que suponen en todos los meses entre el 50% y el 59%.

También podemos ver en la Tabla I que los 6 primeros Grupos cubren el 98,1% de los suministros de medicamentos por vía oral a la globalidad

de los Campos durante el periodo estudiado, mientras que los cinco Grupos restantes, apenas suponen entre todos ellos un 2% de dichos suministros.

Analizando de forma individual el Grupo de los medicamentos Antiinfecciosos, observamos que la diferencia entre los porcentajes de suministros dentro de dicho grupo se puede apreciar en la Figura 1, que nos muestra como solamente hay dos grupos relevantes, que llegan en la totalidad de los meses a suponer más del 15% de todos los medicamentos suministrados por vía oral .

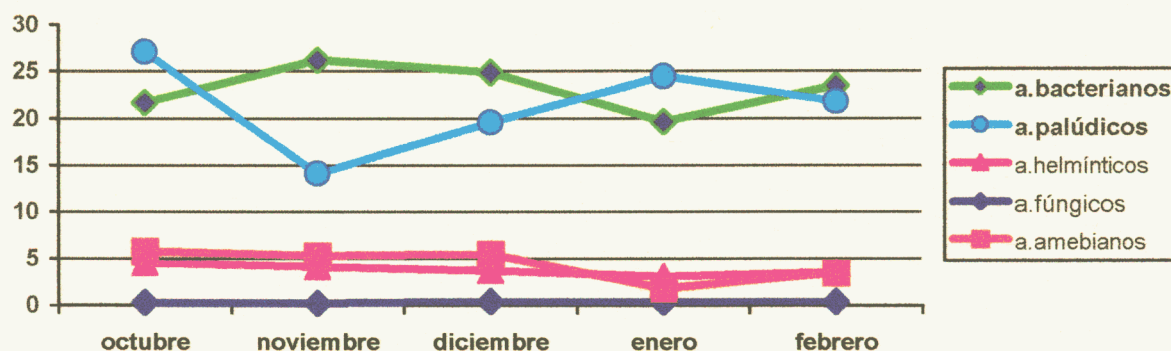


Figura 1. Distribución porcentual del suministro de Antiinfecciosos.

Otro dato de importancia es que la media de los Antibacterianos suministrados fue de 23,5% es decir que fue superior a la de los Antipalúdicos que alcanzaron un 21,85% dentro de este Grupo.

En la Figura 1 apreciamos la poca relevancia de los otros 3 Grupos, que en el caso de los Antifúngicos llega a ser casi testimonial.

### 5.1.2. Cuantificación por número de comprimidos

La cuantificación atendiendo al número de comprimidos nos da idea de las magnitudes que representan los porcentajes descritos anteriormente.

El total del número de comprimidos suministrados, incluyendo todos los Grupos Terapéuticos en el conjunto de los meses estudiados, ha sido de 2.850.325. Al especificar estos datos por Grupos Terapéuticos nos encontramos con la información que se refleja en la Tabla 2.

Como podemos observar en el Grupo de Analgésicos el número de comprimidos suministrados en el mes de diciembre supone un aumento del 100% respecto al número de comprimidos correspondientes al mes de febrero. En todos los Grupos, a excepción de Grupo de medicamentos que afectan a la Sangre, durante el mes de diciembre se produjo un incremento de más del 50% en el número de comprimidos. En el caso de las Vitaminas su máximo se alcanzó en noviembre.

Tabla 2. Distribución mensual según el número de comprimidos suministrados por cada Grupo terapéutico.

Grupos	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Media
<b>Antiinfeccioso</b>	275.357	263.586	460.506	282.373	258.544	<b>308.073</b>
<b>Analgésicos</b>	110.076	122.986	206.200	145.000	98.200	<b>136.492</b>
<b>Gastrointestinal</b>	46.960	58.720	85.380	56.300	55.270	<b>62.700</b>
<b>Vitaminas</b>	21.400	51.600	40.981	30.400	16.700	<b>32.216</b>
<b>Sangre</b>	5.400	12.900	11.200	17.400	15.800	<b>12.540</b>
<b>Respiratorio</b>	1.500	10.685	27.844	7.700	1.100	<b>9.765</b>
<b>Total</b>	<b>460.693</b>	<b>520.477</b>	<b>832.111</b>	<b>539.173</b>	<b>445.614</b>	<b>561.786</b>

## 5.2. ANÁLISIS DE LOS SUMINISTROS GLOBALES DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

### 5.2.1. Análisis de los porcentajes

El análisis lo vamos a realizar teniendo en cuenta los medicamentos de los Grupos Terapéuticos que constituyen más de un 1% del total de los comprimidos suministrados.

El mayor porcentaje lo registran los Antiinfecciosos con un 54,25% de media, seguidos por los Analgésicos con un 23,81%, Gastrointestinal 10,74% y a continuación Vitaminas 5,68%, Sangre 2,18% y Respiratorio 1,44%.

El grupo de los medicamentos Antiinfecciosos lo hemos estudiado separadamente por ser el más destacado en términos porcentuales con respecto al resto de los grupos. Hemos encontrado dentro de él dos subgrupos claramente diferenciados. Un subgrupo constituido por los Antibacterianos y Antipalúdicos, que suponen respectivamente dentro del grupo de Antiinfecciosos el 43,52% y el 39,95%, totalizando en conjunto el 83,47% de media en los 5 meses. Y un segundo subgrupo constituido por los Antihelmínticos (6,95%), Antiamebianos (8,82%) y Antifúngicos (0,72%), siempre refiriéndonos a la media del periodo (Tabla 3).

Tabla 3. Desglose de los porcentajes del grupo de medicamentos Antiinfecciosos.

Antiinfecciosos	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Media
Antibacterianos	36,78%	52,50%	46,09%	38,14%	44,09%	43,52%
Antipalúdicos	45,40%	28,33%	36,16%	47,49%	42,37%	39,95%
Antiamebianos	9,69%	10,55%	10,11%	7,72%	6,07%	8,82%
Antihelmínticos	7,62%	8,14%	6,79%	5,99%	6,22%	6,95%
Antifúngicos	0,50%	0,45%	0,82%	0,66%	1,19%	0,72%



### 5.2 2. Análisis del número de comprimidos

Así como los porcentajes se mantienen de forma casi constante durante todo el periodo, en el número de comprimidos las fluctuaciones son marcadas en todos los grupos dependiendo del mes del que se trate (Tabla 2).

Los datos del mes de diciembre nos revelan un incremento superior al 50% en el suministro del número de comprimidos en todos los Grupos Terapéuticos, a excepción de los respiratorios cuyo aumento llegó al 100% y de los grupos de los medicamentos que afectan a la Sangre y en el grupo de las vitaminas en los que no sólo no aumentaron sino que disminuyeron.

## 5.3. CUANTIFICACION GLOBAL DE LOS ANTIBIOTICOS

### 5.3.1. Cuantificación en porcentajes

La cuantificación en porcentajes viene representada en la Figura 2, que expresa el porcentaje que cada antibiótico ha supuesto dentro del suministro total de todos ellos.

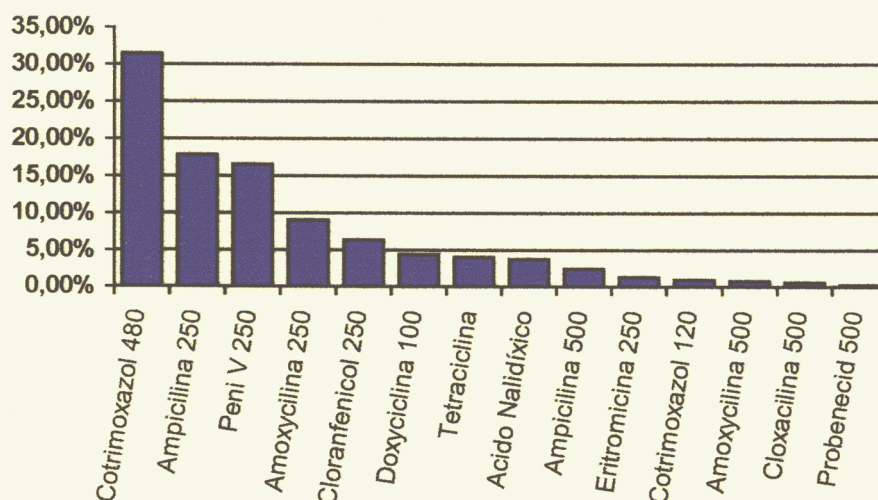


Figura 2. Distribución porcentual de todos los Antibióticos.

En cuanto a la distribución porcentual en los suministros globales de antibióticos a todos los Campos el antibiótico de elección fue el Cotrimoxazol 480 mg (31,55%), seguido de la Ampicilina 250 mg (17,82%) y la Peni V 250 mg (16,54%). La Amoxycilina 250 mg sólo alcanza un 9,06% y por último el Cloranfenicol 250 mg con un 6,38%. En la Figura 2 podemos observar que a partir del Cloranfenicol ninguno de ellos alcanza el 5 %.

### 5.3.2. Cuantificación en cuanto a número de comprimidos

En la Figura 3, se observan las grandes diferencias existentes en cuanto al número de comprimidos entre los 5 antibióticos más suministrados que constituyen el 80% del total de los antibióticos enviados a todos los Campos.

Destacan los 213.974 comprimidos del Cotrimoxazol 480 mg y así mismo podemos observar que la Ampicilina solamente alcanza la mitad del número de comprimidos

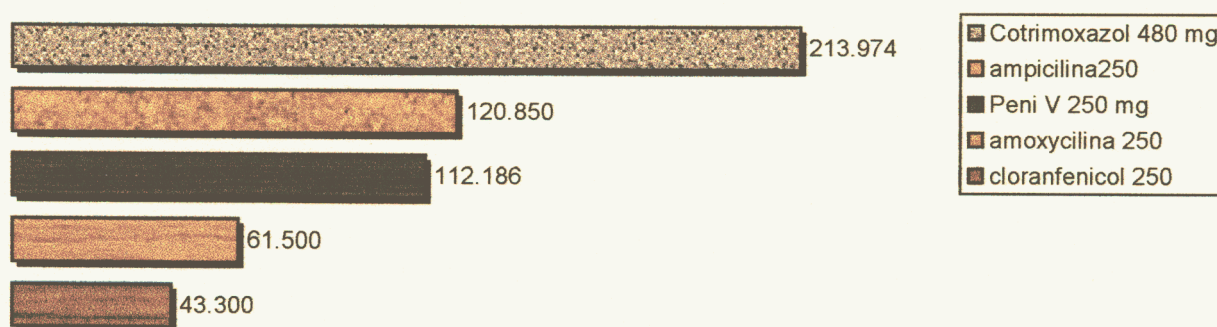


Figura 3. Suministro expresado en comprimidos de los principales antibióticos.

## **5.4. CUANTIFICACIÓN POR CAMPOS DE LOS ANTIBIÓTICOS**

### **5.4.1. Distribución porcentual de los antibióticos suministrados**

La distribución porcentual de los antibióticos suministrados a cada uno de los Campos objeto de este estudio, dadas sus características, no sigue una similitud en todos ellos. Por lo que hemos elaborado la Tabla 4 en la que se observan estas diferencias.

Con respecto al Cotrimoxazol 480 mg, la media fue de 31,55%. Las disparidades las alcanzan el 41,3% de Kalambo III y en el extremo opuesto Adi Kivu con un 22,47%.

Si observamos la Ampicilina de 250 mg, destaca Adi Kivu con un 8,99 % y Kalambo II con un 23,97 %, siendo la media de 17,82%.

En el caso de la Amoxycilina de 250 mg, cuya media es del 9,06%, la tabla 4 nos muestra que en Murhala se alcanzó un 2,50% y en Adi Kivu nos encontramos con un 13,48 %.

Por el contrario en el caso de la Peni V es Murhala con un 35% el que más se separa de la media de 16,54%.

Si estudiamos el caso del Cloranfenicol observamos una disparidad de cifras en la mayor parte de los Campos.

Vamos a reseñar el campo de Boulonge, en el que solamente se recibieron Cotrimoxazol 480mg, Peni V y Doxyciclina en un 33,33% cada uno.

Hay tres Campos, Idjwi Norte, Idjwi Sur y Nyakavogo, que no destacan en ninguno de los antibióticos y se ajustan a la media en cuanto a su porcentaje.

Tabla 4. Distribución porcentual de los 5 antibióticos principales suministrados.

	<b>Cotrimoxazol 480 mg</b>	<b>Ampicilina 250 mg</b>	<b>PeniV 250 mg</b>	<b>Amoxycilina 250 mg</b>	<b>Cloranfenicol 250 mg</b>
<b>Kalambo III</b>	41,3%	19,56%	26,08%	—	13,04%
<b>Inera</b>	38,12%	21,91%	17,96%	10,07%	3,94%
<b>Kalambo I</b>	37,03%	14,81%	22,22%	7,4%	29,62%
<b>Kalambo II</b>	34,45%	23,97%	22,47%	8,61%	7,49%
<b>Boulonge</b>	33,33%	—	33,33%	—	—
<b>Idjwi Sur</b>	32,04%	18,31%	17,18%	7,12%	6,91%
<b>Murhala</b>	30%	17,5%	35%	2,5%	2,5%
<b>Idjwi Norte</b>	29,41%	15,95%	15,45%	9,97%	7,47%
<b>Nyakavogo</b>	26,82%	15,85%	18,29%	7,31%	8,04%
<b>Panzi</b>	26,66%	10,86%	5,83%	10,79%	10,09%
<b>Shabarabe</b>	23,6%	21,85%	14,86%	6,99%	3,84%
<b>Adi Kivu</b>	22,47%	8,99%	14,6%	13,48%	7,86%

#### 5.4.2. Distribución de antibióticos en función del número de comprimidos

La distribución que hemos obtenido atendiendo al número de comprimidos de los antibióticos que representan más del 5% de los suministrados, registra una lógica proporción con el número de habitantes de cada uno de los Campos (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los Antibióticos suministrados según el número de comprimidos.

	Cotrimox 480	Ampicilina250	Peni V 250	Amoxycilin250	Cloranfenico
Inera	87.000	50.000	41.000	23.000	9.000
Idjwi Sur	31.500	18.000	16.886	7.000	6.800
Idjwi Norte	29.500	16.000	15.500	10.000	7.500
Panzi	18.274	7.450	4.000	7.400	6.920
Shabarabe	13.500	12.500	8.500	4.000	2.200
Nyakavogo	11.000	6.500	7.500	3.000	3.300
Adi Kivu	10.000	4.000	6.500	6.000	3.500
Murhala	6.000	3.500	7.000	500	500
Kalambo II	2.300	1.600	1.500	575	500
Boulonge	2.000	—	2.000	—	—
Kalambo III	1.900	900	1.200	—	600
Kalambo I	1.000	400	600	200	800

### 5. 5. ANÁLISIS DEL SUMINISTRO DE ANTIBIÓTICOS

#### 5.5.1. Suministro global

El mayor porcentaje de Antibióticos suministrados se produjo en el mes de noviembre en el que la cifra alcanzó, respecto al Grupo Terapéutico de los Antiinfecciosos enviados, el 52,50%, no obstante la media de los antibióticos suministrados fue del 43,52%, siempre dentro del grupo de los medicamentos Antiinfecciosos (Tabla3).

En el cómputo de todos los medicamentos suministrados, los antibióticos llegan a alcanzar en el mes de noviembre el 26,19% de todos los suministros de medicamentos por vía oral.

Atendiendo al número de comprimidos de Antibióticos suministrados el mes de mayor número de envío fue de diciembre con 212.266 comprimidos frente a la cifra de 101.275 comprimidos en el mes de octubre.

#### **5.5.2. Análisis del suministro de Antibióticos por Campos**

En la Tabla 4 vemos expresadas porcentualmente las cifras correspondientes a los suministros recibidos por cada uno de los Campos, de los cinco antibióticos que representan más del 5 % de los suministros globales de Antibióticos.

Aunque el resto de los antibióticos no representan más de un 5% en el conjunto de los suministros globales a todos los Campos en la Tabla 4 podemos observar que hay alguno como el de Boulonge que con estos cinco antibióticos alcanza sólo al 66,66% de los recibidos.

Solamente los Campos de Kalambo I Kalambo II y Kalambo III con estos cinco antibióticos cubren el 95% de todas sus necesidades.

En el estudio pormenorizado de cada uno de los Campos se puede observar que el resto, se completa con la Doxyciclina que en el total supone el 4,36% y con la Tetraciclina que supone el 4,09% (Figura 2).

Observamos asimismo que en Shabarabe el 13,46% del total de los Antibacterianos recibidos está constituido por Acido Nalidíxico que expresada en número de comprimidos arroja un resultado de 7.700. Esta cifra es muy elevada con respecto al resto de los Campos estudiados.

Para poder llevar a cabo un estudio más pormenorizado del comportamiento de los principales Campos frente a la utilización de los diferentes Antibióticos, hemos confeccionado la Tabla 6, que nos muestra la razón entre el número de comprimidos de antibiótico/habitante.

Tabla 6. Razón del número de comprimidos / habitante.

	Cotrimox 480	Ampicilina250	Peni V 250	Amoxycilin250	Cloranfenicol
Kalambo II	10,79	7.51	7.04	2.69	2.34
Kalambo III	8,15	3.84	5.12		2.56
Kalambo I	4,14	1.65	2.48	0.82	3.31
Shabarabe	2,83	2.62	1.78	0.84	0.46
Nyakavogo	1,81	1.07	1.23	0.49	0.54
Inera	1,62	0.93	0.76	0.43	0.16
Idjwi Sur	1,58	0.90	0.85	0.35	0,34
Idjwi Norte	1,42	0.77	0.74	0.48	0,36
Panzi	1,42	0.58	0.31	0.57	0,53
Adi Kivu	1,23	0.49	0.80	0.74	0,43
Murhala	0,91	0.53	1.06	0.07	0,07
Boulonge	0,33		0.33		

En la Tabla 6 apreciamos la diferencia en la utilización de los Antibióticos en los diferentes Campos, llegando a ser diez veces superior el suministro recibido de Cotrimoxazol en Kalambo II que en Murhala.

Apreciamos también que el suministro en cuanto a los Antibióticos en los tres Campos denominados Kalambo es ampliamente superior a todos los demás Campos.

El Campo de Murhala, por el contrario llama la atención por el escaso suministro que recibe de Antibióticos, casi un 50% menos, exceptuando el caso de la Peni V.

## 5. 6. DISTRIBUCIÓN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS SEGÚN LAS DOS FUENTES DE APROVISIONAMIENTO: ACNUR Y ONG

### 5.6.1. Distribución según Porcentajes

Estudiamos a continuación cada Grupo Terapéutico por separado, para así con mayor claridad exponer las diferencias porcentuales entre las dos fuentes de aprovisionamiento de los medicamentos a la globalidad de los Campos. La finalidad de estudiar por separado cada grupo terapéutico, es conocer cuales han sido los porcentajes con los que contribuyó la ONG al suministro de medicamentos por vía oral y así poder tener unos datos para poder realizar unas previsiones de suministros futuros.

#### Grupo 02 Analgésicos

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Media
ACNUR	75,03 %	64,31 %	56,83 %	68,13 %	83,70 %	<b>67,38 %</b>
ONG	24,96 %	35,68 %	43,16 %	31,86 %	16,29 %	<b>32,61 %</b>

Aunque la media es del 32,61% en los suministros de Analgésicos por parte de la ONG, existen grandes fluctuaciones que oscilan entre el mes de diciembre en el que este porcentaje se eleva hasta el 43,16% reduciéndose hasta el 16,29 en el mes de febrero.

Apreciamos asimismo en este caso de los Analgésicos, que el ACNUR no ha cubierto en ninguno de los meses el 100% del aprovisionamiento

#### Grupo 06 Antiinfecciosos

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Media
ACNUR	74,64 %	59,57 %	56,54 %	80,76 %	75,55 %	<b>67,92 %</b>
ONG	25,35 %	40,42 %	43,45 %	19,23 %	24,44 %	<b>32,07 %</b>



En el grupo de los Antiinfecciosos, dentro del cual consideramos los Antibacterianos y los Antipalúdicos principalmente, podemos constatar que el ACNUR tampoco suministra más que el 67,92% de media durante el periodo, teniendo en el mes de enero un máximo del 80,76%.

Por tanto la ONG ha debido completar en este Grupo un porcentaje similar al del Grupo de los Analgésicos, es decir un 32%.

#### **Grupo 10 Medicamentos que afectan a la Sangre**

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Media
<b>ACNUR</b>	100 %	100 %	95,53 %	82,75 %	100 %	<b>94,41 %</b>
<b>ONG</b>			4,46 %	17,24 %		<b>5,58 %</b>

En este grupo la práctica totalidad de los suministros corrieron a cargo de ACNUR, la ONG contribuyó con una cantidad casi simbólica. Este Grupo Terapéutico está compuesto por el Acido Fólico y el Hierro+ Acido Fólico.

#### **Grupo 17 Gastrointestinal**

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Media
<b>ACNUR</b>	77,36 %	46,35 %	52,09 %	71,58 %	71,08 %	<b>61,99 %</b>
<b>ONG</b>	22,63 %	53,64 %	47,90 %	28,41 %	28,91 %	<b>38 %</b>

Aunque la media es muy parecida a la de los Grupos de Analgésicos y de Antiinfecciosos, hay 2 meses, noviembre y diciembre, en los que el suministro se reparte entre los dos suministradores casi al 50%.

También en este Grupo sucedió que el ACNUR en el mes en que su aprovisionamiento alcanzó su máximo nivel solamente suministró el 77,36%.

**Grupo 25 Respiratorios**

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Media
<b>ACNUR</b>	100 %	29,94 %	30,52%			<b>27,03%</b>
<b>ONG</b>		70,05 %	69,47 %	100 %	100 %	<b>72,96 %</b>

Este Grupo presenta características diferentes a los demás, ya que en el mes de octubre es ACNUR el que con el 100% cubre todos los suministros y en el resto de los meses va descendiendo progresivamente hasta llegar al 0% si bien la media es del 27%, y como resulta lógico ocurre a la inversa con el suministro procedente de la ONG, que empezando en 0 acaba en 100.

**Grupo 27 Vitaminas**

	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Media
<b>ACNUR</b>	58,87 %	33,91 %	40,01 %	51,97 %	58,08 %	<b>44,69 %</b>
<b>ONG</b>	41,12 %	66,08 %	59,98 %	48,02 %	41,91 %	<b>55,30 %</b>

En este Grupo de Vitaminas los porcentajes mensuales de aprovisionamiento por parte tanto de ACNUR como de la ONG son prácticamente iguales a la media sin que ninguno de ellos destaque especialmente.

La media expresada en porcentajes de los envíos de medicamentos por vía oral a todos los Campos por parte de ACNUR es del 60,57%, mientras que la media por parte de la ONG es del 39,43%

**5.6.2. Distribución según el número de comprimidos**

Creemos necesario hacer el estudio atendiendo al número de comprimidos, ya que el porcentaje no da una idea exacta de la magnitud a la que hay que hacer frente, por ello hemos confeccionado un cuadro resumen de todos los Grupos

terapéuticos y de las cantidades que se suministraron expresadas en comprimidos, según cada una de las dos fuentes de aprovisionamiento.

	Analgésicos	Antiinfecciosos	Sangre	Gastrointest	Respiratorio	Vitaminas
<b>ACNUR</b>	459.900	1.046.530	59.200	187.620	13.200	72.000
<b>ONG</b>	222.562	494.106	3.500	115.010	<b>35.629</b>	<b>106.897</b>

Existen dos grupos en los que los porcentajes de ACNUR y la ONG son prácticamente los mismos, es decir en Analgésicos y en Antiinfecciosos el ACNUR suministra el 67% y el 32% la ONG. Analizándolo desde el punto de vista del número de comprimidos, nos encontramos con:

Los comprimidos del grupo de los Analgésicos que constituyen el 32% son 222.562 mientras que en el Grupo de los Antiinfecciosos alcanzan la cifra de 494.106.

Algo similar ocurre en el caso del grupo Gastrointestinal, el 38% está compuesto de solamente 115.010 comprimidos.

Muy destacable es la cifra del 95% de los suministros efectuados por ACNUR de los medicamentos del Grupo de los medicamentos que afectan a la Sangre en los que con 59.200 comprimidos se cubre dicho porcentaje.

En suma ACNUR suministró 1.838.450 comprimidos y la ONG 977.704 comprimidos.

Es decir el ACNUR aprovisionó a los Campos en una cantidad de medicamentos por vía oral equivalente al 65,29%, por tanto la ONG contribuyó complementariamente con un 34,71% de toda la medicación por vía oral.

### 5.6 3. Descripción del suministro de Antibióticos por parte del ACNUR y la ONG

En la Tabla 7 hemos reflejado todos los antibióticos suministrados durante el periodo estudiado, tanto en número de comprimidos como en porcentajes según provengan de las dos fuentes de suministro.

Tabla 7. Distribución del suministro de Antibióticos según sus fuentes.

Antibióticos	Nºcomp.ACNUR	% ACNUR	Nºcomp.ONG	% ONG
Probenecid 500 mg	1.900	100%		
Peni V 250 mg	92.800	82,71%	19.386	17,28%
Amoxycilina 250 mg	49.100	79,83%	12.400	20,16%
Amoxycilina 500 mg	4.200	78,13%	1.175	21,86%
Acido Nalidíxico	19.300	74,80%	6.500	25,19%
Ampicilina 250 mg	88.400	73,14%	32.400	26,81%
Cloranfenicol 250 mg	31.580	72,93%	11.720	27,06%
Cotrimoxazol 480 mg	123.700	57,81%	90.274	42,18%
Doxyciclina 100 mg	13.600	45,94%	16.000	54,05%
Tetraciclina	12.400	44,61%	15.392	55,38%
Eritromicina 250 mg	3.400	37,77%	5.600	62,22%
Ampicilina 500 mg	1.500	9,09%	15.000	90,90%
Cotrimoxazol 120 mg			6.300	100%
Cloxacilina 500 mg			4.000	100%

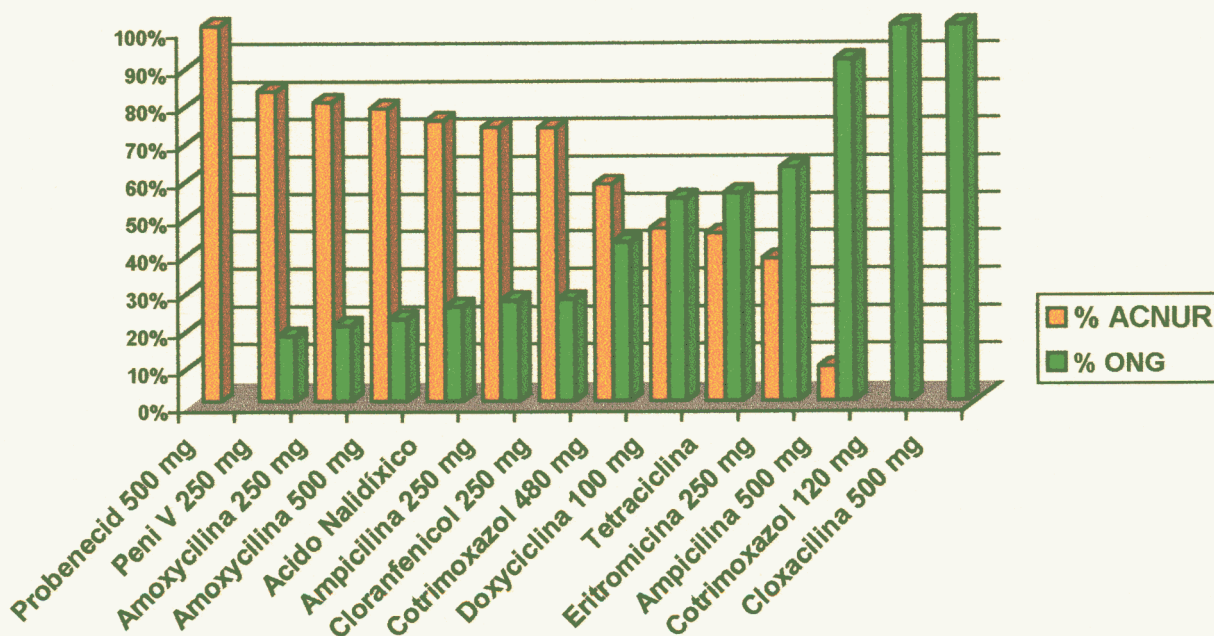
Como se puede observar la Tabla 7 está ordenada en orden decreciente de porcentajes de los antibióticos suministrados por ACNUR, siendo algo digno de resaltar que el antibiótico del que ha suministrado el 100% sea el Probenecid 500mg y el total de comprimidos de dicho antibiótico hayan sido 1.900 comprimidos.

Resalta también la escasa relevancia de la Amoxycilina 500 mg de la que se han suministrado en total 5.375 comprimidos entre las dos fuentes.

Podemos resaltar en ella que las cantidades suministradas del antibiótico de elección que es el Cotrimoxazol 480 mg son el 57,81% con 123.700 comprimidos por parte de ACNUR y 90.274 comprimidos por parte de la ONG, que representan el 42,18 %.

En la Figura 4 se reflejan con mayor claridad los datos porcentuales recogidos en la tabla anterior respecto a los porcentajes de cada antibiótico suministrados por cada una de las dos fuentes ACNUR y la ONG. Podemos destacar que los suministros por parte de ACNUR y de la ONG son muy similares para Cotrimoxazol 480 mg, Doxiciclina y Tetraciclina.

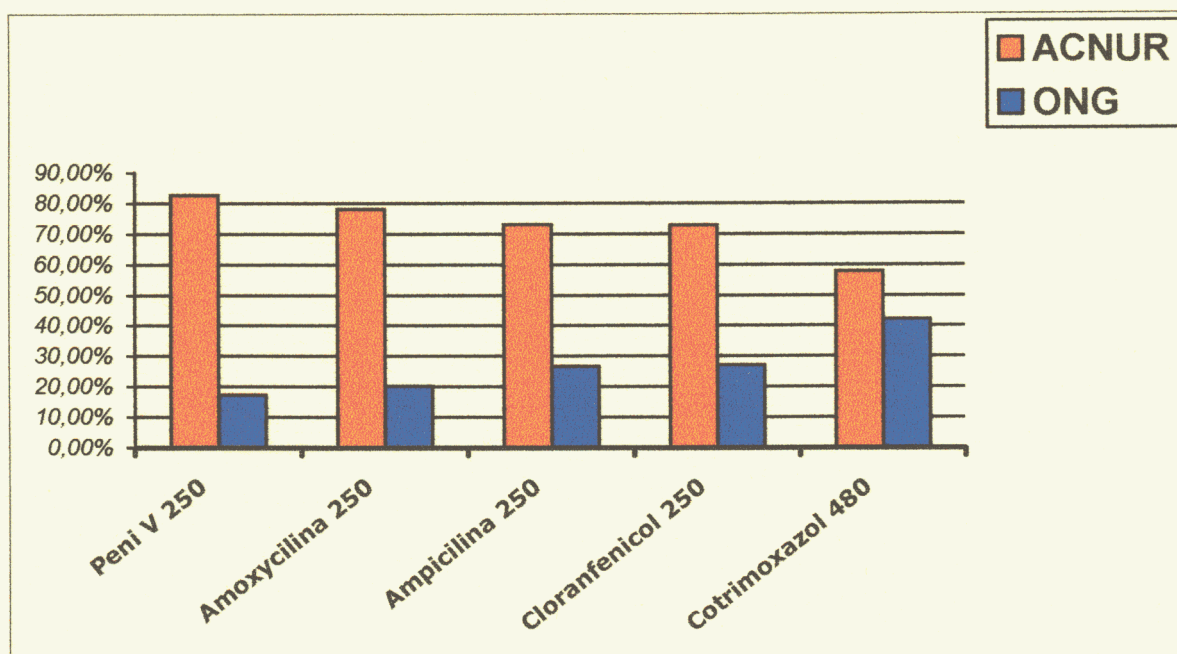
Figura 4. Distribución porcentual de cada uno de los Antibióticos.



En los dos únicos Antibióticos en los que la ONG supera los suministros del ACNUR es en la Doxyciclina y en la Tetraciclina, excepción hecha de la Cloxacilina en la que la ONG es la única suministradora. Por el contrario el Probenecid lo suministró exclusivamente el ACNUR, si bien estos dos últimos casos no tienen prácticamente relevancia tanto por el porcentaje como por la cantidad de comprimidos enviada.

En la Figura 5 podemos ver las diferencias que hemos encontrado en cuanto al suministro de los antibióticos cuyo suministro es mayor del 5% en todos los Campos.

Figura 5. Suministros de los 5 Antibióticos principales expresados en porcentajes para cada una de las dos fuentes de aprovisionamiento.



Esta Figura 5, muestra en orden decreciente los suministros de ACNUR de los 5 Antibióticos principales y creciente los de la ONG.

Puede apreciarse que el antibiótico de elección del ACNUR no ha sido el Cotrimoxazol 480 mg sino la PeniV de la que llegó a suministrar el 82,71%.

Resalta que en el antibiótico de elección principal que es el Cotrimoxazol 480 mg el ACNUR ha suministrado solamente el 57,81 % del total, suministrando la ONG el 42,18%, el máximo suministro por parte de ACNUR se alcanza en la Peni V (82,71%).

La media de todos los antibióticos suministrados por ACNUR fue del 65,16% y por la ONG del 34,82%.

### 5.7. CUANTIFICACIÓN DE LAS PATOLOGÍAS

En esta Tabla 8 se expresan las principales patologías que se presentaron en el periodo de estudio del siguiente modo: los Nuevos Casos declarados de cualquiera de las Patologías en menores y mayores de 5 años, así como el porcentaje que representan dentro de cada uno de los dos grupos etarios.

Tabla 8. Resumen de las patologías declaradas Octubre 1995-Febrero 1996.

N C < 5 años	% < 5	Patologías	N C > 5 años	% > 5
9411	22,93%	Paludismo clínico	36313	29,08%
6453	15,72%	Afec. Respiratoria Alta	15808	12,66%
6290	15,33%	Afec. Respiratoria Baja	7738	6,20%
5815	14,17%	Diversos	29836	23,89%
3952	9,63%	Diarrea no sangrante	4793	3,84%
3278	7,99%	Afec. Dermatológica	7990	6,40%
1709	4,16%	Otros	9603	7,69%
1279	3,12%	Conjuntivitis	1179	0,94%
860	2,10%	Paludismo GG/ Frotis+	3163	2,53%
699	1,70%	Diarrea sangrante	1628	1,30%
632	1,54%	Traumatismo	4833	3,87%
278	0,68%	Fiebre Origen Indeterm.	598	0,48%
195	0,48%	Malnutrición	251	0,20%
161	0,39%	Sarampión	282	0,23%
22	0,05%	Meningitis	52	0,04%
5	0,01%	ETS	695	0,56%
2	0,00%	Sida clínico	105	0,08%
<b>41041</b>		<b>Total</b>	<b>124867</b>	

El número total de refugiados ascendía a 139.814 personas de las cuales menores de 5 años eran 19.772 y mayores de 5 años 120.042, de tal forma que el grupo de menores de 5 años representaban el 14,14% de toda la población estudiada. Las tasas de mortalidad diaria fue para los menores de 5 años de 0,65/10.000 y para los mayores de 5 años fue de 0,24/10.000. Por otra parte durante el periodo de estudio se produjeron 2.420 nacimientos.



El número de Nuevos Casos durante todo el periodo fue de 124.867 en los mayores de 5 años y de 41.041 para los menores de 5 años, por tanto el número de Nuevos Casos hallados en los menores de 5 años es el 32% del total de todos los Nuevos Casos encontrados en la totalidad de la población, lo que supone que 207 Nuevos Casos de cada 1.000 se corresponden con menores de 5 años que han presentado a lo largo del periodo algún episodio nuevo de alguna de las Patologías.

Por el contrario en los mayores de 5 años la proporción fue menor, encontrándonos con 104 Nuevos Casos por cada 1.000 habitantes.

A continuación vamos a describir los datos con relación a los dos grupos de edad estudiados.

#### **a) Patologías en los Menores de 5 años**

En este grupo de edad la patología que arrojaba el mayor número de Nuevos Casos era el Paludismo clínico, 9.411 casos, que sumados a los 860 del Paludismo confirmado por Gota Gruesa arroja un saldo de 10.271 episodios.

La frecuencia en el periodo de tiempo estudiado de 5 meses fue del 50%, lo que podemos traducir en que la mitad de la población infantil menor de 5 años ha desarrollado un episodio de estas características.

La segunda patología son las Afecciones Respiratorias Altas con 6.453 Nuevos Casos, seguida de las Afecciones Respiratorias Bajas con 6.290. Si englobamos ambas en un conjunto de Afecciones Respiratorias nos encontramos con un total de 12.743 Nuevos Casos, cifra que supera a la de los episodios de Paludismo y alcanza una frecuencia del 64,4%, es decir que el 64,4% de la población menor de 5 años durante el periodo de cinco meses ha presentado un cuadro respiratorio.

La tercera patología que aparece a continuación es Diversos que engloba Digestivo, ORL, Sistema Nervioso, Oftalmología, Parasitosis, Urología, Endocrino, Cardiovascular, Hematología y Enfermedades infantiles.

El número de casos encontrados 5.815 alcanza una frecuencia de 29,41%, es decir que el 29,41% de los niños menores de 5 años ha tenido algún episodio de este tipo.

La cuarta patología que supone una frecuencia del 19%, son las Diarreas no sangrantes con un total de 3.952 Nuevos Casos.

Dentro de las cinco patologías con mayor número de casos la que ocupa el 5º lugar son las afecciones Dermatológicas con 3.278 Nuevos Casos lo que supone una frecuencia del 16% de todos los menores de 5 años.

#### **b) Patologías en los Mayores de 5 años**

Las cinco principales patologías encontradas en este grupo de edad son las siguientes:

**Paludismo:** 36.313 Nuevos Casos y 3.163 con Frotis +

**Diversos:** 29.836 Nuevos Casos

**A. Respiratorias:** 15.808 Altas 7.738 Bajas

**Otros:** 9.603 casos

**Afecciones Dermatológicas:** 7.990 Nuevos Casos

Observamos que en los mayores de 5 años, la frecuencia de las patologías no coincide con las de los menores.

El Paludismo tiene una frecuencia del 32,88%, es decir que una tercera parte de la población mayor de 5 años ha presentado a lo largo del periodo estudiado un episodio de paludismo.

Los Diversos alcanzan en este grupo una frecuencia del 24,85% siendo dentro de ellos los Digestivos los trastornos más frecuentes. Por tanto una cuarta parte de la población ha sufrido algún trastorno de uno de las afecciones que componen este grupo.

Las Afecciones Respiratorias en general con 23.546 Nuevos Casos representan una frecuencia del 19% en este grupo etario.

Sin patología conocida nos encontramos con 9.603 casos es decir el 7,9% de todas las personas mayores de 5 años no han sido diagnosticadas.

Por último la frecuencia de la presentación de una afección Dermatológica fue del 6% en los mayores de 5 años.

La Tabla 9 refleja la distribución por **cada 1.000 Nuevos Casos** según los dos grupos de edad.

Tabla 9. Distribución de patologías por cada 1000 Nuevos Casos.

Patologías	Menores de 5 años	Mayores de 5 años
Paludismo	229	291
Afección Respiratoria Alta	157	126
Afección Respiratoria Baja	153	62
Diversos	142	239
Diarreas no sangrantes	96	38
Afecciones Dermatológicas	80	64
Otros	42	77
Conjuntivitis	31	9
Paludismo Frotis +	21	25
Diarreas Sangrantes	17	13
Traumatismos	15	39
Fiebre Origen Indeterminado	7	5
Malnutrición	5	2
Sarampión	4	2

Ordenando las patologías encontradas, los resultados son coincidentes en los dos grupos de edad, a excepción de Diversos que en el caso de mayores de 5 años estaría situada a continuación del Paludismo, es decir, por delante de las Afecciones Respiratorias y Otros, es decir los casos sin diagnóstico conocido, delante de las Afecciones Dermatológicas.

## 5.8. TRATAMIENTO DE LAS PRINCIPALES PATOLOGÍAS

La medicación para el tratamiento de la principal patología presente en la zona, que es el Paludismo, debería responder en teoría, a la aplicación de los protocolos establecidos por ACNUR y OMS.

Para llevar a cabo una cumplimentación exacta de los mismos, en primer lugar vamos a estudiar si los suministros de medicamentos han sido suficientes para cubrir las necesidades de todos los casos que se han presentado, ya que los medicamentos antipalúdicos por vía oral se utilizan solo y exclusivamente para el tratamiento de dicha patología.

Las Afecciones Respiratorias son la patología que ocupa el segundo lugar en frecuencia, están divididas en Altas y Bajas. Según los protocolos solamente se deben utilizar los Antibióticos para las Afecciones Respiratorias Bajas. En este caso de las Afecciones Respiratorias tendremos que tener en cuenta que los Antibióticos no han sido de exclusivo uso para esta patología.

### 5.8.1. Paludismo

Aplicando la primera línea de tratamiento según el protocolo de ACNUR y OMS, el cálculo de las cantidades necesarias de Cloroquina, resultan ser las siguientes:

Tabla 10. Necesidades de Cloroquina en mg siguiendo la aplicación del Protocolo OMS

<b>Menores 5 años</b>	Nº de Nuevos Casos	10.271
	Cloroquina (en mg)* tratamiento	375 mg
	<b>Total mg de Cloroquina</b>	<b>3.851.625 mg</b>
<b>Mayores 5 años</b>	Nº de Nuevos Casos	39.476
	Cloroquina (en mg)*tratamiento	1.500 mg
	<b>Total mg de Cloroquina</b>	<b>59.214.000 mg</b>

Las necesidades de Cloroquina son teóricamente de **63.065.625 mg**

Los suministros de Cloroquina han sido realmente de **46.524.000 mg**

La diferencia entre las necesidades teóricas de Cloroquina y las cantidades suministradas ha sido inferior en **16.541.625 mg.**

Teóricamente se considera según la OMS que el paso a la segunda línea de tratamiento se produce en el 20% de los casos, por tanto aplicando la segunda línea de tratamiento que es la Sulfametoxi-Pirimetamina "Fansidar" el resultado es:

Tabla 11. Necesidades de "Fansidar" expresadas en comprimidos según el protocolo de la OMS.

<b>Menores de 5 años</b>	20% Nuevos Casos	2.054
	"Fansidar" comp.* tratamiento	1
	<b>Total nº de comprimidos</b>	<b>2.054</b>
<b>Mayores de 5 años</b>	20% Nuevos Casos	7.894
	"Fansidar" comp.* tratamiento	3
	<b>Total nº de comprimidos</b>	<b>23.682</b>

Las necesidades de Sulfametoxi Pirimetamina son de **25.736 comprimidos**

Los suministros de Sulfametoxi-Pirimetamina han sido de **29.340 comprimidos**

La diferencia entre las necesidades teóricas de Sulfametoxi pitrimetamina "Fansidar" y las cantidades enviadas ha sido de **+3.604 comprimidos**

Siguiendo el Marco teórico habría que aplicar el tratamiento de tercera lineal al 20% en los que el de segunda línea no fue efectivo. Por tanto la aplicación teórica de la Quinina sería la siguiente:

Tabla. 12. Necesidades teóricas de Quinina en mg siguiendo las pautas del protocolo.

<b>Menores de 5 años</b>	Nº de casos 20% nuevos casos	410
	Quinina en mg* tratamiento	2.625 mg
	<b>Total mg de Quinina</b>	<b>1.076.250 mg</b>
<b>Mayores de 5 años</b>	Nº de casos 20% nuevos casos	1.578
	Quinina en mg* tratamiento	10.500 mg
	<b>Total mg de Quinina</b>	<b>16.569.000 mg</b>

Las necesidades teóricas de Quinina son : **17.645.250 mg**

La cantidad expresada en mg de Quinina enviada ha sido de **51.238.500 mg**

La diferencia entre las necesidades teóricas y los envíos reales de Quinina ha sido superior en **+ 33.593.250 mg**

Hemos expresado todas las cantidades tanto de Quinina como de Cloroquina en miligramos ya que, los comprimidos disponibles en el caso de la Cloroquina eran de 100 mg y de 150 mg.

En el caso de la Quinina los comprimidos disponibles eran de 200 mg de 300 mg y de 500 mg por ello también hemos expresado las cantidades en mg.

El hecho de expresarlo en miligramos nos hace disponer de una unidad de medida con la que poder relacionar las necesidades teóricas y los suministros enviados.

Aproximadamente entre un 3 y un 4% de los casos de Paludismo pueden degenerar en perniciosos para los que se debe aplicar el tratamiento inyectable.

### 5.8.2. Afecciones Respiratorias

En las Afecciones Respiratorias Bajas hay tres antibióticos de elección, en primer lugar el Cotrimoxazol 480 mg, en segundo lugar la Ampicilina 250 mg y en tercer lugar la Amoxycilina 250 mg. Cada uno de ellos por separado arroja las siguientes cifras de necesidades y suministros.

En cada antibiótico expresamos la cantidad en comprimidos que constituye un tratamiento completo tanto en menores como en mayores de 5 años.

#### Cotrimoxazol 480 mg

Tabla 13. Necesidades teóricas de Cotrimoxazol 480 mg en afecciones respiratorias bajas.

	Cantidad en comprimidos	10
Mayores de 5 años	Número Nuevos Casos	6.290
	Total	<b>62.900</b>
	Cantidad en comprimidos	20
Menores de 5 años	Número Nuevos Casos	7.738
	Total	<b>154.760</b>

En el caso de que todos los Nuevos Casos de Afecciones Respiratorias Bajas se hubieran tratado con el antibiótico de elección, es decir con el Cotrimoxazol 480 mg los resultados de sus necesidades serían teóricamente con esta monoterapia los siguientes:

Las necesidades de Cotrimoxazol 480 mg son de **217.660 comprimidos**

El Cotrimoxazol 480 mg suministrado ha sido de **213.974 comprimidos**

La diferencia es inferior en <b>3.686 comprimidos</b>
---

Es decir, que si se hubieran tratado todos los casos de Afecciones Respiratorias Bajas con el Cotrimoxazol 480 mg hubiera habido 368 Nuevos Casos de menores de 5 años o bien 184 Nuevos Casos de mayores de 5 años que no hubieran podido recibir el tratamiento por falta de medicación.

#### **Ampicilina 250 mg**

Es el segundo Antibiótico de elección para tratar estas Afecciones Respiratorias Bajas, si hallamos los resultados para tratar los Nuevos Casos que no han podido ser tratados con el Cotrimoxazol 480 mg tendremos:

Tabla 14. Ampicilina 250 mg en Afecciones Respiratorias Bajas.

<b>Menores de 5 años</b>	Cantidad en comprimidos	20
	Número de Nuevos Casos	368
	Total en comprimidos	<b>7.360</b>
<b>Mayores de 5 años</b>	Cantidad en comprimidos	30
	Número de Nuevos Casos	184
	Total en comprimidos	<b>5.520</b>



Las necesidades de Ampicilina 250 mg son de **7.360 comprimidos**

La Ampicilina 250 mg suministrada ha sido **120.850 comprimidos**

La diferencia entre las necesidades y los suministros

es superior en **113.490 comprimidos**

Como hemos visto que solamente faltaban por recibir tratamiento completo con Cotrimoxazol 368 menores de 5 años o bien 184 mayores de 5 años, las necesidades pasarían a ser de 7.360 comprimidos en el caso de los 368 tratamientos en niños o de 5.520 comprimidos, en el caso de que fueran mayores de 5 años. Hemos tomado la cifra de 7.360 por ser la mayor.

Hay 3.873 tratamientos completos de este antibiótico Ampicilina 250 mg que se pueden emplear para el tratamiento de otras patologías.

#### **Amoxycilina 250 mg**

La cantidad de Amoxycilina 250 mg suministrada ha sido de 61.500 comprimidos, es decir 2.050 tratamientos completos de adultos, que se han empleado para el tratamiento de otras patologías.

### **5.9. DESCRIPCIÓN POR CAMPOS DE REFUGIADOS DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS, RECIBIDOS Y CONSUMIDOS PARA PALUDISMO (Diciembre 95 - Febrero 96)**

Para obtener los siguientes resultados que expresan el cumplimiento o no de los protocolos de actuación frente al Paludismo, disponemos de los datos recogidos en los cuatro Campos que a continuación se describen.

Entre los Campos citados suman un total de 73.375 habitantes, es decir el 56% de todos los refugiados atendidos sanitariamente por la ONG. El interés de estos datos reside en que la medicación utilizada para el tratamiento del Paludismo no se utiliza para ninguna otra patología.

Todos los datos han sido proporcionados por los responsables de salud de cada uno de los Campos. Después de haber conocido las necesidades teóricas así como los medicamentos suministrados, ahora podemos obtener resultados reales en estos cuatro Campos.

En cada uno de los Campos seguiremos la sistemática de situación en cuanto a población, Nuevos Casos de Paludismo declarados durante el periodo diciembre-febrero y la Incidencia Acumulada referida a 1000 habitantes. A continuación las dosis de tratamiento referidas a adultos de cada uno de los antipalúdicos tanto solicitadas, como recibidas así como las realmente consumidas según los datos suministrados por ellos mismos.

#### **Campo de INERA**

Tabla 15. Distribución e Incidencia acumulada de casos de Paludismo Inera.

	<b>Población</b>	<b>Nuevos Casos</b>	<b>Incidencia</b>
<b>Menores 5 años</b>	7.860	2.459	313 / 1000
<b>Mayores 5 años</b>	46.167	7.823	169 / 1000
<b>Totales</b>	54.127	10.282	180 / 1000

Tabla 16. Tratamientos solicitados, recibidos y consumidos en dosificación de adultos.

Dosis / adultos	Nº ttos Solicitados	Nº ttos Recibidos	Nºttos Consumidos
Cloroquina 1.500mg	8100	6900	5732
Fansidar 3 comp.	3333	2500	2140
Quinina 10.500mg	1819	1137	1305
Total	13252	10537	9177

En el caso del Campo de Inera podemos apreciar que han recibido el 79,15% de los tratamientos solicitados y realmente han utilizado el 87,09% de los tratamientos recibidos, por ello un 13% de los tratamientos recibidos no han sido utilizados.

Tabla 17. Antipalúdicos utilizados expresados por Nuevo Casp y por habitante.

Dosis de adultos	Miligramos/Nuevo Caso	Razón comp. / habitante
Cloroquina 1.500 mg	836,20 mg	1,58 comp. de 100 mg
Fansidar 3 comp.	0,62 comprimidos	0,11 comp.
Quinina 10.500 mg	1.333,16 mg	0,84 comp. de 300 mg

Hemos expresado los resultados de las dos maneras, para poder estudiar si la utilización de los antipalúdicos sigue el mismo comportamiento en todos los campos de los que disponemos de datos de consumo, ya que el número de tratamientos recibidos varía mucho de unos a otros según su población.

A la vista de la tabla 17 podemos comprobar que en ninguno de los tres antipalúdicos estudiados, las cantidades utilizadas por nuevo caso llegan a las dosis preconizadas.

**Campo de MURHALA**

Tabla 18. Distribución e Incidencia acumulada de casos de Paludismo-Murhala.

	<b>Población</b>	<b>Nuevos Casos</b>	<b>Incidencia</b>
<b>Menores 5 años</b>	985	646	656 / 1000
<b>Mayores 5 años</b>	5.562	2.315	416 / 1000
<b>Totales</b>	6.547	2.961	452 / 1000

Tabla 19. Tratamientos solicitados, recibidos y consumidos de Paludismo-Murhala.

<b>Dosis / adultos</b>	<b>Nº ttos Solicitados</b>	<b>Nº ttos Recibidos</b>	<b>Nºttos Consumidos</b>
<b>Cloroquina 1.500mg.</b>	1833	1866	1066
<b>Fansidar 3 comp.</b>	1333	866	770
<b>Quinina 10.500 mg.</b>	381	193	263
<b>Total</b>	3547	2925	2099

En este Campo, que presenta una Incidencia acumulada notablemente superior al anterior, en los casos declarados de Paludismo, podemos hacer notar que los tratamientos consumidos no alcanzan a cubrir las necesidades de los casos declarados, pero se da la circunstancia de que han consumido el 71,76% de los tratamientos recibidos. Los tratamientos consumidos fueron el 59,17% de los solicitados.

Tabla 20. Antipalúdicos utilizados expresados por Nuevos Casos y por habitante.

Dosis de adultos	Miligramos/Nuevo Caso	Razón comp. / habitante
Cloroquina 1.500 mg	540,35 mg	2,44 comp. de 100 mg
Fansidar 3 comp.	0,78 comp.	0,35 comp.
Quinina 10.500 mg	934,65 mg	1,40 comp. de 300 mg

En este Campo al ser muy alta la Incidencia de Nuevos Casos de Paludismo, las razones halladas de comp/habitante suben casi al doble que las del Campo de Inera, sin embargo la otra columna de la Tabla 20, refleja que disminuyen las dosificaciones por cada Nuevo Caso, excepto en el Fansidar, que sube ligeramente.

#### Campo de NYAKAVOGO

Tabla 21. Distribución e Incidencia Acumulada de casos de Paludismo-Nyakavogo.

	Población	Nuevos Casos	Incidencia
Menores 5 años	1.413	179	156 / 1000
Mayores 5 años	4.658	770	165 / 1000
Totales	6.069	949	156 / 1000

Tabla 22. Tratamientos solicitados, recibidos y consumidos para Paludismo en Nyakavogo.

Dosis / adultos	Nº ttos Solicitados	Nº ttos Recibidos	Nºttos Consumidos
Cloroquina 1.500mg.	666	633	518
Fansidar 3 comp.	533	283	363
Quinina 10.500 mg.	213	117	136
Total	1412	1033	1017

En este Campo que acabamos de ver, los resultados expresados en las Tablas 21 y 22 indican que con los tratamientos recibidos han podido atender todos los casos que se les han presentado de Paludismo y han consumido el 98,45% de los tratamientos recibidos. Los Nuevos Casos declarados en total fueron 949, como los tratamientos están expresados en dosis de adultos, quiere decir que han consumido mayor número de tratamientos que Nuevos Casos se les han presentado. Es además el único en el que han utilizado Fansidar de sus reservas.

Tabla 23. Antipalúdicos utilizados expresados por Nuevos Casos y por habitante.

<b>Dosis de adultos</b>	<b>Miligramos/Nuevo Caso</b>	<b>Razón comp. / habitante</b>
Cloroquina 1.500 mg	819,17 mg	1,28 comp. de 100 mg
Fansidar 3 comp.	1,14 comp.	0,17 comp.
Quinina 10.500 mg	1500,94 mg	0,78 comp. de 300 mg

La Tabla 23 nos muestra, a diferencia de las anteriores, una cifra elevada de 1,14 comp/NC de Fansidar, y una dosis de Quinina, que es la más alta de todos los Campos. Sin embargo, las cifras son razonables en cuanto a la razón/habitante.

### **Campo de SHABARABE**

Tabla 24. Distribución e Incidencia Acumulada de casos de Paludismo-Shabarabe

	<b>Población</b>	<b>Nuevos Casos</b>	<b>Incidencia</b>
<b>Menores 5 años</b>	1.318	206	156 / 1000
<b>Mayores 5 años</b>	3.441	890	258 / 1000
<b>Totales</b>	4.759	1096	230 / 1000

Tabla 25. Tratamientos solicitados, recibidos y consumidos para Paludismo-Shabarabe

Dosis / adultos	Nº ttos Solicitados	Nº ttos Recibidos	Nºttos Consumidos
Cloroquina 1.500 mg	400	400	677
Fansidar 3 comp.	500	366	292
Quinina 10.500 mg	83	64	25
<b>Total</b>	<b>983</b>	<b>830</b>	<b>994</b>

Este Campo presenta una elevada Incidencia, y es el único que consume mayor número de tratamientos de antipalúdicos que los que ha recibido, fundamentalmente debido a que consume los tratamientos de primera línea, es decir la Cloroquina, intenta cumplir con los protocolos. Por ello consume las existencias que tenía anteriormente sin utilizar de Cloroquina y sin embargo los tratamientos de segunda y tercera línea no los consume en su totalidad, al contrario de lo que sucede en los demás Campos.

Tabla 26. Antipalúdicos utilizados expresados por Nuevo Caso y por habitante.

Dosis de adultos	Miligramos/Nuevo Caso	Razón comp. / habitante
Cloroquina 1.500 mg	926,64 mg	2,13 comp. de 100 mg
Fansidar 3 comp.	0,80 comp.	0,18 comp.
Quinina 10.500 mg	236,49 mg	0,18 comp. de 300 mg

En la Tabla 26 destacamos los 926,64 mg de Cloroquina así como los 2,13 comp./habitante. Muy sorprendente es asimismo el resultado obtenido para Quinina, los 236,49 mg si se comparan con los 1.500 mg del Campo de Nyakavogo.

### 5.10. DESCRIPCIÓN EN CUANTO AL TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS EN LOS DIFERENTES CAMPOS DE REFUGIADOS

En los cuatro Campos de los que disponemos de datos de consumo del periodo comprendido entre diciembre y febrero, hemos expresado en la Tabla 27 el resumen del número de SRO (Sales de Rehidratación Oral) tanto las que se han recibido como las que se han consumido.

El número de las SRO solicitadas, no está recogido en la Tabla por corresponder en todos los casos a las recibidas.

También recoge dicha Tabla 27 el número de sobres - que es la forma de presentación de las SRO, para disolver en 1 litro de agua- utilizados para cada Nuevo Caso de diarrea.

Tabla 27. Datos de utilización de las SRO.

S R O	Recibidas	Consumidas	Nuevos Casos	Sobre/ caso
NYAKAVOGO	600	600	32	17,5
SHABARABE	1.500	1.500	305	3,6
INERA	7.600	7.000	2.196	3,8
MURHALA	600	300	159	1,9

Creemos que lo más sobresaliente es el número de sobres de SRO empleados en el Campo de Nyakavogo 17,5 si tenemos en cuenta que solamente se registraron 32 casos de diarrea.

Y en el otro extremo Murhala que consume solamente la mitad de los sobres de SRO recibidas.



### 5.11. DESCRIPCIÓN DEL USO DE LOS ANTIBIÓTICOS POR CAMPOS DE REFUGIADOS

Para la descripción del uso de los antibióticos en los cuatro Campos de los que tenemos la información durante el periodo de diciembre a febrero, hemos tenido en consideración la razón del número de comprimidos por habitante de los cinco principales antibióticos utilizados.

De esta manera creemos que es más fácil establecer las diferencias que hemos encontrado.

Los Campos están ordenados teniendo en cuenta su número de habitantes.

#### Campo de INERA

Tabla 28. Razón de comprimidos de cada uno de los antibióticos consumidos por habitante-Inera.

	Solicitado	Recibido	Consumido	Razón comp/habitante
<b>Cotrimoxazol 480 mg</b>	77.000	61.000	50.176	<b>0,92</b>
<b>Ampicilina 250 mg</b>	71.000	40.000	40.476	<b>0,74</b>
<b>Peni V 250 mg</b>	58.000	28.000	24.622	<b>0,45</b>
<b>Amoxycilina 250 mg</b>	2.000	14.000	13.164	<b>0,24</b>
<b>Ampicilina 500 mg</b>	42.000	11.000	11.000	<b>0,20</b>

La Tabla 28 nos muestra expresado en número de comprimidos, las cantidades que de cada uno de los cinco antibióticos principales el campo de INERA, solicitó, recibió y consumió realmente. en cuanto al Cotrimoxazol 480 mg. consumió el 82,25% de los comprimidos que recibió. En el caso de la Amoxycilina solicitó únicamente 2.000 comprimidos, aunque le fueron enviados 14.000. En el cómputo general, solicitó 250.000 comprimidos

De estos cinco antibióticos, recibió 154.000, un 61,6% de los solicitados y consumió 139.438 comprimidos, que suponen el 90,54% de todos los recibidos. Su razón de comp/habitante no llega en ningún caso a la unidad.

### **Campo de MURHALA**

Tabla 29. Razón del consumo de comprimidos de Antibiótico/habitante-Murhala.

	Solicitado	Recibido	Consumido	Razón comp/habitante
Peni V 250 mg	8.000	4.000	5.978	<b>0,91</b>
Cotrimoxazol 480 mg	7.000	6.000	5.574	<b>0,85</b>
Ampicilina 250 mg	1.500	2.500	1.683	<b>0,25</b>
Amoxycilina 250 mg		500		

En este Campo podemos comprobar como el antibiótico de elección es la Peni V siendo la razón de comp/habitante superior a la del Cotrimoxazol, y casi el doble que en el Campo que hemos visto anteriormente, Inera. El número de comprimidos consumidos de Peni V es superior al recibido, un 67%, que lo consiguen utilizando sus existencias anteriores.

En conjunto utilizan un 2% más de los comprimidos que reciben.

### **Campo de NYAKAVOGO**

Tabla 30. Razón de los comprimidos de Antibiótico/ habitante-Nyakavogo.

	Solicitado	Recibido	Consumido	Razón comp/habitant
Cotrimoxazol 480 mg	8.000	8.500	8.038	<b>1,32</b>
Ampicilina 250 mg	7.000	4.500	4.788	<b>0,78</b>
Peni V 250 mg	7.000	5.500	4.800	<b>0,79</b>
Amoxycilina 250 mg		1.000	186	<b>0,03</b>

En este Campo la razón de comp/habitante pasa de la unidad en el caso del Cotrimoxazol, además de mantenerse muy elevadas las de Ampicilina y Peni V. En cuanto al número de comprimidos total de los principales Antibióticos recibieron el 88,63% de sus solicitudes y consumieron el 91,34% de los comprimidos recibidos.

### **Campo de SHABARABE**

Tabla 31. Razón comp/ habitante de los Antibióticos utilizados en Shabarabe.

	Solicitado	Recibido	Consumido	Razón comp/habitante
<b>Cotrimoxazol 480 mg</b>	11.500	9.500	9.954	<b>2,09</b>
<b>Ampicilina 250 mg</b>	12.000	9.000	9.413	<b>1,99</b>
<b>Peni V 250 mg</b>	7.000	5.500	5.457	<b>1,14</b>
<b>Amoxycilina 250 mg</b>		2.000		

Este es el Campo que presenta la razón más elevada en todos los Antibióticos y además utiliza una cantidad superior a la recibida en todos ellos, excepto la Amoxycilina que no se utiliza. En todos los Antibióticos, la razón comp/habitante supera la unidad y en el Cotrimoxazol se multiplica por 2, casi como en la Ampicilina 250 mg.

Todas las cifras reflejadas en las Tablas anteriores se refieren al número de comprimidos tanto solicitados como recibidos o utilizados en los diferentes campos.

Observamos asimismo que el uso de la Amoxycilina está reservado casi en exclusiva al Campo de Inera.

En las tablas anteriores hemos contemplado únicamente los cuatro antibióticos más relevantes, pero no son los únicos que se han utilizado, por tanto hemos realizado la Tabla 32 en la que se contemplan la suma total de comprimidos de todos los Antibióticos consumidos durante el periodo diciembre-

febrero, y hemos hallado en cada uno de los campos la razón resultante en función de su número de habitantes.

Asimismo para poder proceder a hacer un mejor y más claro análisis comparativo de los medicamentos que realmente han sido utilizados o consumidos en dicho periodo en estos mismos campos, en esta Tabla quedan reflejadas las razones halladas entre el número de comprimidos de cada uno de los grupos y el número de habitantes.

Tabla 32. Razón comprimidos/habitantes en los cuatro Campos de los Grupos Terapéuticos principales.

	Antibióticos	Analgésicos	Antipalúdicos	Gastrointestinal
<b>Murhala</b>	2,63	7,20	3,82	1,53
<b>Shabarabe</b>	7,14	4,94	2,49	1,44
<b>Nyakavogo</b>	3,72	3,43	2,14	1,84
<b>Inera</b>	3,12	2,55	2,27	1,23

#### Incidencias Acumuladas de Nuevos Casos / población

Shabarabe            **1353/1000**

Murhala            1180/1000

Inera            754/1000

Nyakavogo            706/1000

En la Tabla 32 podemos apreciar las diferencias entre los cuatro Campos, respecto a la utilización de los Grupos Terapéuticos más sobresalientes.

Destaca Murhala 7,20 comprimidos de Analgésico/habitante, unido a los 3,82 comprimidos de Antipalúdicos/habitante.

Otra de las cifras que llaman la atención es la de Antibióticos de Shabarabe: 7,14 comp./hab. doblando a todos los demás, si bien es cierto que su Incidencia Acumulada de Nuevos Casos es la más elevada.

### 5.12. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES SENTIDAS Y LAS CANTIDADES SUMINISTRADAS DE MEDICAMENTOS EN LA GLOBALIDAD DE LOS CAMPOS DE REFUGIADOS( Diciembre 95-Febrero 96)

En la Tabla 33 se aprecian las diferencias expresadas en número de comprimidos, entre las cantidades de medicamentos solicitadas de los distintos Grupos Terapéuticos por la globalidad de los Campos, y las cantidades de comprimidos suministradas por las dos fuentes tanto ACNUR como la ONG a lo largo del periodo estudiado.

Tabla 33. Medicamentos solicitados y recibidos por la totalidad de los Campos expresados en Número de comprimidos.

	Analgésico	Antiinfeccioso	Sangre	Gastrointestinal	Respiratorio	Vitamina
<b>Solicitado</b>	593.700	1.537.850	53.700	234.960	81.800	158.600
<b>Recibido</b>	444.400	1.003.385	44.200	177.870	32.644	74.081

Expresándolas porcentualmente la media de las diferencias encontradas ha sido del 64,99%. Quiere esto decir que han recibido el 65%, contemplando todos los Grupos de medicamentos por vía oral, de los medicamentos que habían solicitado.

Desglosando éste porcentaje por cada uno de los Grupos Terapéuticos, nos encontramos con que hay dos, el de los Analgésicos y el Gastrointestinal en

el que se reciben un 75,5% de los medicamentos solicitados, es decir la diferencia entre lo solicitado y lo realmente recibido es de un 25%.

En el Grupo de los Antiinfecciosos se reciben un 65,24 de lo solicitado, la diferencia es pues de un 34,76% que supone 10 puntos más que en el caso de los dos Grupos citados anteriormente.

En el Grupo de los medicamentos que afectan a la Sangre se reciben el 82,30% de lo que se solicita, y por el contrario las diferencias son más marcadas en el Grupo de Respiratorio, recibándose el 39,9% de lo solicitado.

En este Grupo de Vitaminas las diferencias llegan hasta el 53,3% entre las solicitudes y los medicamentos realmente recibidos.

Las diferencias entre las necesidades apreciadas por los Campos y expresadas mediante la solicitud de medicamentos, difieren en un 35% por término medio de las necesidades estimadas por el ACNUR y la ONG conjuntamente.

### **5.13. CUANTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS COMPLEMENTARIAMENTE A TODOS LOS CAMPOS DE REFUGIADOS**

La cuantificación de los costes de los medicamentos complementarios enviados por la ONG a la totalidad de los Campos durante el período objeto de este estudio, se ha hecho utilizando el Listado de Precios de la Farmacia Diocesana de Bukavu, cuyos precios están en Francos Belgas.

Para su mejor comprensión y dada la necesidad actual de unificar el sistema monetario, expresamos todas las cantidades en Euros.

En la Tabla 34 reflejamos los diferentes Grupos Terapéuticos atendiendo a su coste expresado en Euros, y al porcentaje que representan dentro del coste total de todos los medicamentos suministrados complementariamente por la ONG. Solamente poseemos los datos económicos correspondientes a la ONG, ya que no hemos podido tener acceso a los datos de los proveedores del ACNUR.

Tabla 34. Coste de los diferentes Grupos de medicamentos, y porcentaje que representan con respecto al total expresado en Euros.

Grupo 06 Antiinfecciosos	11.115,89	71,29 %
Grupo 17 Gastrointestinal	1.830,35	11,73 %
Grupo 02 Analgésicos	1.360,72	8,72 %
Grupo 27 Vitaminas	469,51	3,01 %
Grupo 25 Vías Respiratorias	465,91	2,98 %
Grupo 12 Cardiovascular	242,47	1,55 %
Grupo 18 Hormonas	32,31	0,20 %
Grupo 16 Diuréticos	31,73	0,20 %
Grupo 10 Med. afectan Sangre	16,16	0,10 %
Grupo 05 Antiepilépticos	15,92	0,10 %
Grupo 22 Oxitócicos	11,25	0,07 %

El Coste total de la medicación complementaria durante el periodo se eleva expresado en euros a la cantidad de: **15.592,2 euros**.

Podemos observar en la Tabla 34, que el orden que ocupaban los Grupos Terapéuticos en cuanto al número de comprimidos suministrados queda alterado si nos referimos a sus costes.

Dado que el Grupo de los Antiinfecciosos se destaca con un 71,29% del coste total pasamos a detallarlo en la Tabla 35 con el objeto de observar mejor su distribución, ya que dentro de este Grupo existen cinco subgrupos, el desglose es el siguiente:

Tabla 35. Desglose del Grupo de Antiinfecciosos en cuanto a sus costes.

<b>Antibacterianos</b>	<b>5.538,4 euros</b>	<b>35,52%</b>
Antipalúdicos	3.934,87 euros	25,23%
Antiamebianos	973,64 euros	6,24%
Antihelmínticos	432,01 euros	2,77%
Antifúngicos	236,85 euros	1,51%

En la Tabla 35 se destaca el grupo de los Antibacterianos, con respecto a los demás subgrupos de los Antiinfecciosos, suponiendo dentro de dicho Grupo el 35,52% del coste total. A la vista de este resultado hemos creído necesario estudiar este Grupo de Antibacterianos separadamente.



Tabla 36. Desglose del coste de los medicamentos Antibacterianos

Cotrimoxazol 480 mg.	1.260,11	22,75 %
Ampicilina 250 mg.	1.031,34	18,62 %
Ampicilina 500 mg.	809,20	14,61 %
Eritromicina 250 mg.	403,88	7,29 %
Amoxycilina 250 mg.	387,53	6,99 %
Acido Nalidixico	383,69	6,92 %
Peni V 250 mg.	314,93	5,68 %
Cloranfenicol 250 mg.	249,25	4,50 %
Doxyciclina 100 mg.	230,79	4,16 %
Tetraciclina	157,71	2,84 %
Amoxycilina 500 mg.	147,71	2,66 %
Cloxacilina 500 mg.	126,93	2,29 %
Cotrimoxazol 120 mg.	35,34	0,63 %

En la Tabla 36, observamos que el coste de los suministros de Cotrimoxazol 480 mg es el 22,75% del coste total del Grupo, pero seguido muy de cerca por la Ampicilina 250 mg y es debido al precio de la Ampicilina 32,22 euros/1000 comprimidos en relación al precio del Cotrimoxazol 480 mg que es de 14,27 euros/1000 comprimidos, algo menos de la mitad.

La Ampicilina 500 mg al igual que el Acido Nalidixico son los Antibacterianos de mayor precio 56,4 euros/1000 comprimidos. La Peni V, tiene un precio asimilable al del Cotrimoxazol, 16,23 euros/1000 comprimidos, pero en este caso ocupa solamente un 5,68% del coste total, ya que el ACNUR suministró el 80% de las necesidades de éste Antibacteriano.

Teniendo en cuenta el número de refugiados 139.814 personas en los diferentes campos y teniendo en cuenta el coste total de la medicación complementaria por vía oral suministrada, podemos a la vista de los datos obtenidos, hallar el coste de la medicación complementaria suministrada por cada refugiado.

El resultado obtenido ha sido de: **0,11 euros/refugiado** para todo el periodo de cinco meses que abarca este estudio.

Para un año el resultado obtenido es de **0,26 euros/refugiado/año** para la medicación complementaria por vía oral.

Dado que los medicamentos Antiinfecciosos ocupan un lugar tan relevante, el costo por refugiado/año de este Grupo el resultado obtenido ha sido de **0,19 euros /refugiado/año**.

#### **5.13.1. Otras fuentes de abastecimiento**

En este apartado, queremos hacer una simulación de lo que hubiera ocurrido si los medicamentos complementarios, que han sido utilizados, en lugar de comprarlos en la ciudad de Bukavu, como realmente se hizo, los hubiéramos adquirido en Europa, a través de la ONG ACTION MEDEOR.

Los resultados de sus costes hubieran sido de 7.465,37 euros a los que habría que añadir los medicamentos que al no figurar en la lista de ACTION MEDEOR deberíamos haber adquirido sobre el terreno, que alcanzan la cantidad de 6.068,37 euros.

A este precio hay que añadir los gastos originados por el transporte, que podríamos estimar en aproximadamente entre 750 y 1.000 euros.

Por lo tanto llegamos a obtener una suma estimada alrededor de 14.500,00 euros.

La diferencia entre esta fuente de abastecimiento y la elegida por nosotros, es de aproximadamente 1.000 euros, un 6% aproximadamente.

Por tanto, es más económico adquirir los medicamentos en estas ONG que se dedican a ello en Europa, aunque desde nuestro punto de vista, conviene

sopesar las ventajas de la inmediatez, y de la posibilidad de comprar las cantidades que van siendo necesarias según lo aconsejen las circunstancias.

#### **Donaciones.-**

En este caso las donaciones no están cuantificadas ya que no pertenecían a ninguno de los Grupos Terapéuticos estudiados.

#### **5.14. RESULTADOS DE LA IMPLANTACIÓN DEL SISTEMA DE LAS FICHAS EN LOS CAMPOS DE REFUGIADOS**

Los Campos de Refugiados situados en Bukavu, a cuyo cargo estaba la ONG, eran doce.

En cuatro de ellos, que representaban en número de refugiados, el 56% del total, se pudo implantar el sistema de las fichas de medicamentos que consumían mensualmente. Esto dio lugar a que al recibir en los primeros días del mes siguiente, su ficha con los datos de medicamentos y patologías, fueran en enero y febrero ajustándose en sus peticiones a sus necesidades.

De los otros ocho Campos, el Campo de los niños Kalambo I fue clausurado en el mes de diciembre, al igual que Adi Kivu, que pasó a ser competencia de otra ONG a partir del mismo mes.

Boulonge el Campo de los militares, fue cerrado en febrero, y por tanto no pudo adoptar este sistema. El otro Campo de los militares y sus familias Panzi, no participó, ya que de ninguna manera le interesaba que se pudieran conocer sus existencias reales de medicamentos.

Los Campos situados en la isla de Idjwi, que eran nueve, situados cinco en el Sur de la isla y cuatro en el Norte aunque figuran como Idjwi Sur y Idjwi

Norte agrupados, no dieron nunca ni sus consumos ni sus existencias, debido en mucha parte a sus terribles dificultades de comunicación con el continente.

Creemos que el sistema era eminentemente participativo, de todos los niveles tanto de enfermería, como de los encargados de las farmacias, es decir de todo el personal relacionado con los medicamentos en el Campo, y que a la larga podría repercutir en una mejor atención farmacéutica a los pacientes, al ir corrigiendo las desviaciones de los Protocolos de tratamiento.

## **6. DISCUSIÓN**

## **DISCUSIÓN**

El objetivo general del presente trabajo buscaba identificar los factores que influyeron en el suministro y consumo de medicamentos en los asentamientos o Campos de refugiados situados en Bukavu (Zaire) en el periodo comprendido entre septiembre de 1995 y marzo de 1996, ambos inclusive.

Para alcanzarlo cuantificamos y analizamos los suministros de medicamentos por vía oral, teniendo en cuenta que eran dos las fuentes de abastecimiento; una parte del suministro de medicamentos a los Campos llegaba de la mano de ACNUR y otra complementaria a ésta llegaba a través de la ONG encargada de la asistencia sanitaria de cada Campo.

Los Campos de refugiados tenían, después de la primera fase de emergencia y una vez estabilizados, en cuanto a la parte sanitaria, unas características peculiares que les venían dadas por su propia estructura. La población a la que atendían utilizaba las mismas fuentes de agua, de alimentos y no tenían que recorrer distancias largas a pie para llegar hasta la asistencia, sino que por el contrario la tenían a diario y al lado de su "vivienda". Los niños seguían los calendarios de vacunación establecidos por ACNUR y llevados a cabo por UNICEF y la ONG encargada del Campo, por tanto están en mejores condiciones de accesibilidad sanitaria que los habitantes del país que los acogía.

Las razones que justifican el que este estudio se realizase en todos y cada uno de los Campos fueron diversas, siendo la primera de ellas la diversidad en el número de refugiados que convivían en ellos, así el Campo con el mayor número de refugiados era Inera con 54.000 y el de menor número Kalambo con 215. Otra de las razones contempladas era la gran diferencia de accesibilidad, como puede ser que en unos casos -todos los Campos situados en el continente- tenían acceso por carretera y los situados en la Isla de Idjwi tenían solamente acceso marítimo en piragua, lo que obligaba a programar los suministros de manera diferente en ambos casos.

Una tercera razón la podemos encontrar en los Campos de los militares, Panzi y Boulonge, ya que el último no fue nunca reconocido por ACNUR -dadas las mencionadas características de sus pobladores que, al ser exclusivamente militares estaban excluidos de los cuidados del ACNUR- y por tanto el tratamiento no podía ser igual al de los demás, y el de Panzi que al contar con militares heridos de guerra y sus familias y además poseer un quirófano y que su director era cirujano militar, se diferenciaba marcadamente de los demás Campos; en este último además se daba la circunstancia de contar con una gran cantidad de medicamentos, por ejemplo antipalúdicos que habían traído ellos mismos desde Ruanda.

Nuestro trabajo se ha centrado exclusivamente en el suministro y posible adecuación del consumo de los medicamentos por vía oral a todos estos Campos de refugiados.

Hacemos hincapié en que esta investigación se refiere solamente a los suministros de medicamentos, y si bien estos tienen una gran importancia, constituyen sólo una pequeña parte de todos los suministros y problemas que a la hora del buen funcionamiento de un Campo hay que tener en cuenta y no podemos olvidar el resto, ya que la mayor parte de esta población refugiada no necesita cuidados médicos, ni medicamentos.

Para poder conocer el estado de Salud o Enfermedad de la población Refugiada hemos de definir ambos conceptos, si adoptamos la definición de enfermedad que nos da el Profesor Gracia Guillén:

***"Enfermedad es la incapacidad para llevar a cabo un proyecto de vida"***

toda la población refugiada estaría dentro de este grupo, puesto que en sus condiciones no tienen capacidad para llevar a cabo proyecto alguno.

Si tomamos la definición de la OMS relativa a la Salud que dice:

***"La Salud es un estado de completo bienestar tanto físico como mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad"***

por lo que tampoco es posible considerar a nuestra población como sana.

Contemplando la realidad de los Campos de Refugiados bajo este prisma, bien a la luz de una definición o de otra, la realidad se abre paso, la población refugiada no tiene Salud y en tanto siga siendo población refugiada no puede tenerla. El tremendo drama que sufren los refugiados estriba en el mismo hecho de serlo y cuando este hecho de acogerse al Estatuto de Refugiado se produce como en el caso del conflicto de Los Grandes Lagos, en el que los ruandeses pasaron a convertirse en refugiados de manera masiva y no individual como puede ser en otros conflictos, decimos que no tienen otra alternativa que acogerse a vivir allá donde se les señala y en la forma que se les indica, de manera que su libertad queda cercenada.

Los Campos de Refugiados son una solución temporal al problema profundo y dramático que es haber tenido que huir de los países de origen, después de vivir una guerra, o bien haber sido perseguidos hasta el extremo de tener que salir huyendo, y una vez instalados en los Campos depender de una ayuda internacional que casi siempre encuentran insuficiente. La ayuda que al principio de una emergencia no se cuestiona por parte de ningún refugiado, con el paso del tiempo cuando las necesidades empiezan a variar, los problemas básicos del hambre y la sed dejan de ser acuciantes, sus preocupaciones empiezan a aflorar, su futuro, su libertad de elección, los traumas vividos adquieren una nueva dimensión, y necesitan soluciones. Es en ese momento cuando la ayuda internacional empieza no solo a parecer sino a ser totalmente insuficiente.

La decisión de acogerse o no como Refugiado y vivir o no en un Campo presenta una extrema dificultad, ya que si se acomodan a vivir en un Campo tienen como ya hemos dicho la supervivencia asegurada y en los primeros momentos después de la tragedia es la única salida ya que el Hambre y la Sed son las primeras necesidades que hay que cubrir.



La opción venía después, cuando el hambre se había calmado, y empezaban a pensar en cual iba a ser su futuro, entonces y -este era el caso un año después de haberse establecido- buscarse o mejor dicho, crearse un futuro en otro país provisionalmente hasta poder regresar al suyo, requería una aportación económica que en la mayor parte de los casos era inalcanzable.

Por otro lado, el prescindir de esos mínimos de supervivencia, una vez que ya los tenían asegurados, aún con todas sus desventajas, volver a empezar desde el cero absoluto, otra vez sin alimentos, sin servicios sanitarios, y sin pertenencias, era prácticamente imposible, por lo que se daba la circunstancia de tener que seguir allí, no por voluntad propia sino por no existir otra salida posible.

Cuando este estudio se realizó, los Campos llevaban en funcionamiento desde finales del verano de 1994, por tanto hacía ya un año que los refugiados estaban establecidos en ellos y era el momento en el que se empezaba a hablar con fuerza de la Repatriación. El problema de la repatriación suponía que una vez de vuelta a Ruanda, perdían la condición de Refugiados y por otro lado no tenían ninguna protección asegurada dentro del país.

Pocos eran los que optaban por esta salida, otros intentaban salir de los Campos e ir a otro país africano que los acogiera, siempre y cuando ACNUR les proveyera de un pasaporte, cuestión que se presentaba complicada, ya que los trámites burocráticos eran lentos y no había en Africa muchos países que quisieran tener refugiados ruandeses. Los que por fin conseguían un billete de avión para Nairobi (Kenia) al principio pudieron instalarse allí, pero cuando las autoridades Keniatas fueron conscientes de que el flujo de inmigrantes ruandeses podría alcanzar unas dimensiones difíciles de controlar en su territorio, y que por tanto se iba a crear una especie de *Ghetto* ruandés, empezaron a exigirles documentos que acreditaran su trabajo y su forma de vida en Kenia y si no los presentaban eran devueltos otra vez a su lugar de procedencia.

Hay que tener en cuenta que en esta zona Centroafricana todos los países tienen un nivel de desarrollo bastante parecido, y por ello tampoco se pueden permitir el acogimiento de más personas en países que ya difícilmente sobreviven para ellos mismos.

La supervivencia estaba asegurada en los Campos pero todo ser humano aspira a algo más que Sobrevivir, de tal forma que, cuando se buscaban trabajadores, en nuestro caso con formación sanitaria aparecieron muchas personas con unos títulos expedidos en Ruanda que era imposible saber si eran o no auténticos, ya que casi todos habían perdido sus documentos y no era posible verificarlos, la única comprobación posible era hacer una especie de examen y así poder averiguar hasta dónde llegaban sus conocimientos.

En el fondo de ésta difícil situación había una sola razón: Los refugiados tenían Miedo. Miedo a la repatriación. Miedo a represalias de los demás refugiados. Miedo a incursiones que se hacían desde Ruanda y que en algún caso fueron la razón del desmantelamiento de un Campo (Birava). Miedo al descontento de los zaireños que sentían un agravio comparativo en cuanto al trato recibido por parte de todas las Organizaciones Internacionales hacia los refugiados y el que recibían ellos.

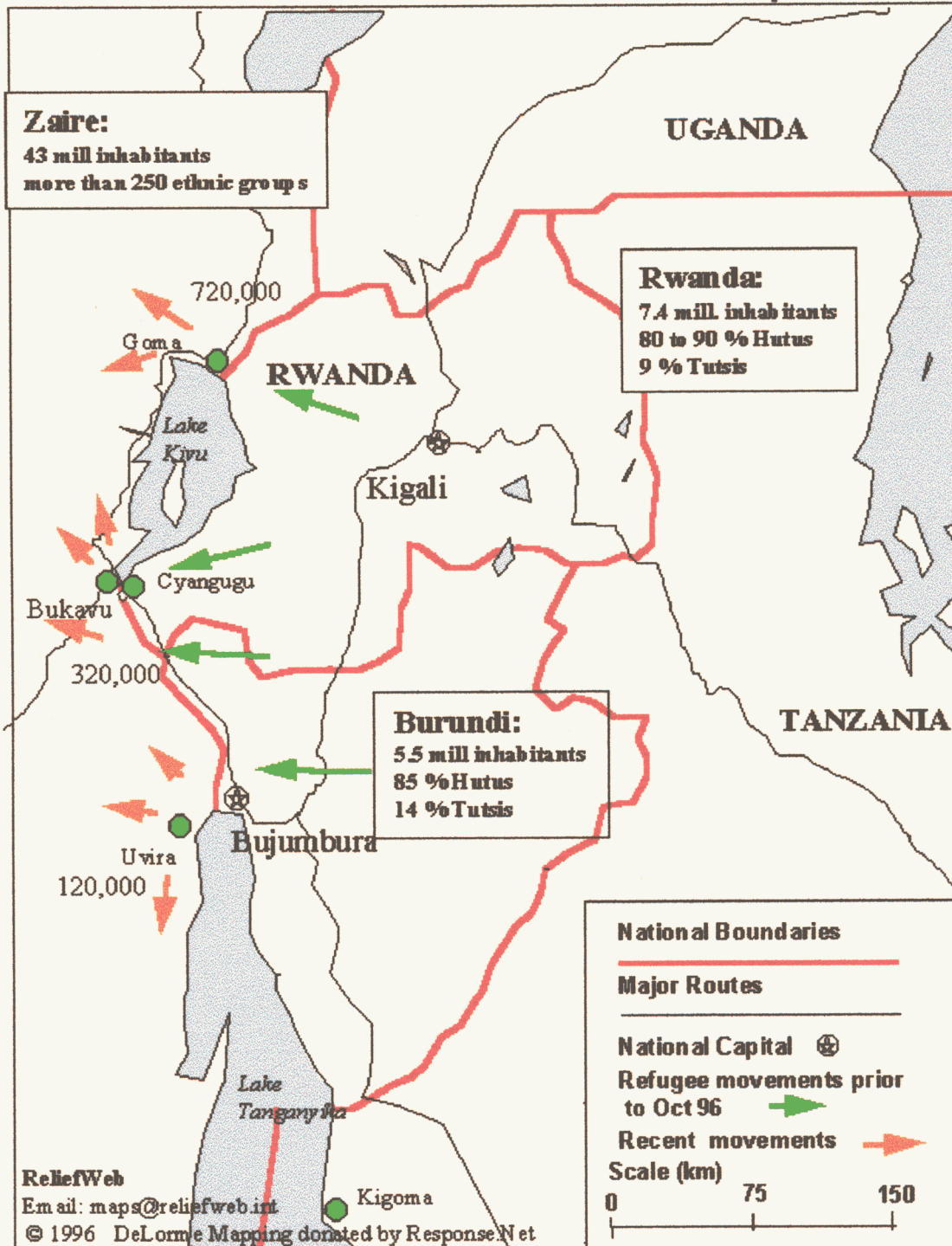
El Zaire en aquella época tenía graves problemas, tantos y de tal magnitud, que seis meses después cristalizaron en la Revolución de Laurent Kabila y su golpe de estado, derrocando y desterrando a Mobutu que había ocupado el poder durante más de 25 años, y dando lugar a la formación de la República Democrática del Congo y desapareciendo por tanto el Zaire.

A finales del año 1996 el Miedo que sentían los refugiados estaba justificado puesto que fue el momento en el que los Campos que hemos estudiado desaparecieron con una repatriación masiva hacia Ruanda.

Teniendo en cuenta que en octubre de 1996 había en Zaire 1.100.000 refugiados ruandeses, de los cuales en noviembre del mismo año 600.000

# Refugee movements

updated 8 Nov 1996



fueron repatriados en noviembre de 1996, entre enero y junio 180.000 personas retornaron a su país por tierra y 54.000 por vía aérea. Finalmente emigraron un total de 26.300 a otros países africanos. Nos quedan un total de 213.400 refugiados que desde julio de 1997, según las cifras oficiales de ACNUR aun siguen "sin localizar", eufemismo este utilizado por ACNUR para muertos y desaparecidos.

Es desde esta perspectiva desde la que podemos ahora comprender que las tensiones que se vivían en los Campos eran reales y tenían una explicación real. El miedo no era irracional, era total y absolutamente real. A este miedo habría que añadir una total incertidumbre ante el futuro tanto para ellos mismos como para toda su familia, con lo que se puede colegir que los Campos eran una especie de calderas a punto de hervir.

Cuando durante el tiempo que duró este trabajo en la zona de Bukavu estallaba una mina, nadie sabía quién la había puesto, sólo comprobábamos sus resultados. El ambiente era tenso, enrarecido, en el momento no sabíamos el porqué, ya que había rumores de toda índole. Echando la vista atrás se puede recomponer todo el mosaico de incertidumbres que preceden a un golpe de estado, solo que los Refugiados de los que nos estábamos ocupando no pertenecían al país en el que se estaba fraguando el conflicto, pero al estar allí anclados fueron utilizados y pasaron a formar parte de él. En cierto modo el estallido de este conflicto constituyó la mecha que disparó la repatriación de la mayor parte de los refugiados. De lo que ha pasado desde su llegada hasta hoy hay muchas versiones contradictorias y ninguna manera fiable de conocer su situación. ¿Qué les ha sucedido? ¿Dónde viven?

Esta situación que hemos descrito someramente explica lo que al principio decíamos, que la gestión de los suministros de medicamentos y todo lo relacionado con ellos, aún siendo muy importantes ha sido un grano de arena entre todas las soluciones de los problemas que estaban presentes en aquellos momentos entre la población refugiada.

A la hora de redactar la Discusión de este trabajo, nos acude con insistencia un pensamiento: hablamos de cuantificar y analizar unos suministros, pero qué difícil era hacerlo en la práctica y qué cómodo parece hacer el estudio sobre una mesa.

El 10 de diciembre de 1948, fecha de la que ya se han cumplido cincuenta años, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. De los 30 artículos que figuran en ella, en el nº 1 se habla de la igualdad de todos los seres humanos, en el nº 3 del derecho a la libertad y a la seguridad, en el nº14 del derecho de asilo en caso de persecución y en el artículo 25 se ocupa de *"los derechos de todas las personas a un nivel de vida adecuado que les asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...."*

La celebración del 50 aniversario de esta Declaración, es a la vista del estado del Mundo, una "celebración" de Intenciones que en este medio siglo no hemos sido capaces de llevar a la práctica.

Cuando llegamos a Bukavu acababa de terminar la estación seca grande, es decir que no había llovido en aproximadamente tres meses. Una enorme capa de polvo lo sepultaba todo, en la primera visita a los Campos todos los medicamentos estaban cubiertos por un manto de arena.

Por lo tanto antes de empezar a hacer nada, lo primero era limpiar y poner orden para poder saber lo que había en cada una de las farmacias de cada Campo, y aquí dada la situación descrita anteriormente y la desconfianza hacia todo lo que es nuevo, nos encontramos con una gran resistencia para poder hacer un inventario en cada Campo, pensaban los responsables que si decían los medicamentos que poseían, se iban a quedar sin ellos, por lo que no pudimos conseguir un inventario de ninguno de ellos, a excepción de los Campos de Nyakavogo y Shabarabe que a partir del mes de diciembre sí lo hicieron.

En la Isla de Idjwi había dos pequeños almacenes situados uno en el Sur y otro en el Norte que servían para todas las concentraciones de refugiados que se habían ido instalando a lo largo de la costa, en total cinco en el Sur y cuatro en el Norte, además de las farmacias de cada uno de ellos.

En el mes de noviembre el contenido de estos almacenes lo distribuimos entre todos los Campos de la Isla de Idjwi para que cada uno se responsabilizara de sus medicamentos.

Exponemos estos detalles para explicar el por qué no se pudieron empezar a llevar cuantificaciones de consumos hasta el mes de diciembre y no se consiguió más que en cuatro Campos ya que los demás argumentaron falta de personal para llevar a cabo esta tarea.

Dado que los suministros de medicamentos se hacían en función de los Nuevos Casos declarados en los Boletines Epidemiológicos Semanales, una tarea consistió en explicar claramente a todo el personal sanitario el modo de cumplimentarlos, haciendo la distinción entre Antiguos y Nuevos Casos, a base de hacer pequeñas representaciones a las que asistieron los enfermeros. Se les asignaban diferentes papeles, uno era el enfermo, otro el enfermero, otro hacía de encargado de la farmacia, otro rellenaba el libro de consulta, para que comprendieran que si rellenaban bien los Boletines con los Diagnósticos correctos, la desproporción entre las cantidades de medicamentos que solicitaban y los medicamentos que recibirían serían más pequeñas y se encontrarían mejor abastecidos.

Cada ONG presente en los Campos de Refugiados debería tener su propio almacén de medicamentos con los que abastecer la medicación complementaria a los refugiados que dependían de ella. Al decir complementaria queremos insistir en que es el ACNUR el responsable máximo de atender las necesidades de medicamentos de los Refugiados. El ACNUR es el responsable pero todas las Organizaciones Humanitarias están presentes sobre el terreno con una sola misión: Alcanzar el máximo bienestar para los refugiados, por tanto dejando a un lado el tema de las responsabilidades, una de las tareas

principales es poder paliar las dificultades de abastecimiento que en un momento dado pueda tener el ACNUR es decir una labor complementaria.

Queremos en este punto dejar patente, que tanto para ACNUR como para todas las ONG presentes en la zona uno de los mayores problemas era el de la llegada de cualquier tipo de mercancía, ya que el pequeño aeropuerto de Bukavu sólo podía recibir pequeñas avionetas de 8 plazas y los transportes por carretera presentaban dificultades casi insalvables.

Hemos señalado varias veces a lo largo de este trabajo, la magnitud de la tragedia vivida por los ruandeses en su salida de Ruanda dado el número de personas que se concentraron en los países limítrofes, sobre todo en el Zaire.

No podemos evitar mencionar que ésto fue lo que habíamos creído hasta la fecha, pero que la tragedia de los albaneses de Kosovo es en nuestra opinión aún mayor, ya que, a diferencia de lo que sucedió en Ruanda, los países limítrofes no los han acogido, la lucha étnica se acrecienta por momentos, la guerra que están sufriendo al ser europeos no es a golpe de machete, sino de misiles, con lo que las consecuencias son aún más devastadoras si cabe, el clima es frío por tanto es un agravante más a tener en cuenta y por último el número de personas huidas de sus hogares se aproxima peligrosamente a la que se consideró el mayor éxodo de los tiempos modernos.

Desgraciadamente a la luz de estos hechos las Organizaciones No Gubernamentales de Ayuda Humanitaria tienen un largo futuro por delante.

## **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

La población total de los Campos que se estudiaron era de 139.814 personas. En los Campos de Refugiados se producen una media de entre tres y cuatro consultas por Refugiado y año según indican las cifras que maneja la OMS.

Si esta apreciación la aplicáramos a la población total de refugiados objeto de este estudio nos encontraríamos con un número de consultas que oscilaría entre 419.442 y 557.648 consultas/año. Siendo el periodo estudiado de cinco meses nuestra variación debería estar entre 174.767 y 232.353 en número de consultas.

Hemos recogido en los Boletines Epidemiológicos 165.908 Nuevos Casos declarados si añadimos los Antiguos casos, las curas, las consultas prenatales y los partos, la cifra es muy aproximada a la que la OMS indica, es decir que aunque los Campos sean grandes o pequeños, o bien su población esté compuesta de una manera u otra, el resultado es que efectivamente cada refugiado hace entre tres y cuatro consultas al año de media.

Hemos situado en primer lugar este punto por que podría parecer a primera vista que en los Campos de Refugiados siempre aparecen largas colas ante los dispensarios, los sanitarios desbordados de trabajo, y a la hora de contabilizar, de expresar en cifras, nos encontramos con una cifra de consultas menor o igual que la producida en cualquier país en una situación de estabilidad y no conflictiva. Recalcamos que esta situación que hemos estudiado se refiere siempre a la fase posterior a la emergencia, cuando se ha llegado a una estabilidad, en la llamada post-emergencia.

En la zona Este del Zaire hay 2 estaciones de lluvia (octubre-diciembre y marzo-mayo) y 2 estaciones secas una pequeña (enero-febrero) y otra grande (junio a septiembre). El estudio se realizó en una estación de lluvia y una seca por tanto creemos que las diferencias existentes en cuanto a la medicación



empleada para tratar las diferentes patologías que se presentan en las dos estaciones queda recogida en él.

Los medicamentos esenciales que preconiza la OMS están recogidos en una Lista que contempla 27 Grupos terapéuticos. Basándose en esta Lista, y restringiéndola se reducen a 11 el número de Grupos terapéuticos, que son los que se han utilizado por parte de ACNUR y la ONG para el tratamiento de las diferentes patologías.

### **6.1. CUANTIFICACIÓN**

En lo que se refiere a la cuantificación de los medicamentos por vía oral enviados tanto por ACNUR como por la ONG, es decir los suministros globales encontramos que, con tan sólo cuatro Grupos Terapéuticos se cubrían el 95 % de las necesidades de medicamentos siendo estos Grupos:

Analgésicos, Antiinfecciosos, Gastrointestinal y Vitaminas

Los resultados obtenidos en la cuantificación mensual muestran una variación entre ellos no superior al 10%. Al cuantificar en cada Campo separadamente los distintos Grupos Terapéuticos hemos encontrado que en todos ellos el 95% del suministro de todos los medicamentos por vía oral se reduce a los cuatro Grupos Terapéuticos citados.

Encontramos la explicación en el hecho de que las patologías más frecuentes se mantienen a lo largo de los meses, variando tan sólo el número de casos.

La cuantificación la hemos hecho también atendiendo al número de comprimidos y si bien el porcentaje de unos grupos con respecto al total es en todos los meses el mismo o con una variación no superior al 10%, en cuanto al número de comprimidos si hemos encontrado variaciones.

En el mes de diciembre el número de comprimidos enviados a todos los Campos se llega a multiplicar casi por 2 en todos los grupos así como en todos los Campos. Es por ello por lo que hemos estudiado los Boletines Epidemiológicos correspondientes al mes de diciembre por separado para poder ver hasta donde éstos justificaban ese aumento.

Hemos encontrado que el número de Nuevos Casos Declarados en los Boletines Epidemiológicos, si bien es superior en el mes de diciembre en 3.500 Nuevos Casos con respecto al mes de noviembre no justifica el envío de más del 50% del número de comprimidos.

En el intento de búsqueda de las causas para ello, hemos pensado que una de ellas es que los medicamentos son en los Campos de Refugiados la única "moneda de cambio " que tienen a su alcance los refugiados. Por otro lado en diciembre se celebra en todo el mundo la Navidad y los Campos de Refugiados no son una excepción. Quiere esto decir que los refugiados se regalaban cosas, compraban en el mercado del Campo mejores viandas para esa comida, lavaban toda su ropa con más esmero que de costumbre. Todas estas cosas requerían utilizar alguna clase de intercambio ya que luego en los puestos de venta del mercado del Campo se veían expuestos los medicamentos, cuya procedencia era injustificable.

Otra de las causas posibles es que al finalizar un año no se sabía si los planes para la repatriación iban a ser los mismos del año anterior o si los Campos iban a seguir manteniendo su estructura actual. Por todo ello, se producía un fenómeno de "acopio" de medicamentos "por si acaso", asimilable a lo que ocurre en otros países cuando se prevee un conflicto y las personas hacen acopio de azúcar, harina, aceite y artículos de primera necesidad que luego piensan que no van a poder encontrar.

Sean esas las causas, u otras que no hayamos podido identificar, lo que sí queremos es dejar constancia del hecho en sí, ya que a la hora de hacer las previsiones de los suministros hay que tenerlo en cuenta porque se pueden alterar en gran manera las previsiones. Asimismo en las hojas de Vigilancia

Epidemiológica que la OMS y la Coordinación médica del ACNUR distribuían semanalmente, en el mes de diciembre se acusa el incremento de consultas y se avisa del “turismo medical” denominación utilizada para explicar el fenómeno de acudir a las consultas sin una causa justificada, el aviso se daba para limitar en lo posible esta afluencia de personas a los puestos de salud, ya que con ello podrían llegar a colapsarlos impidiendo con ello su buen funcionamiento.

### **6.1.2 Cuantificación de Antiinfecciosos**

La cuantificación del Grupo de los Antiinfecciosos se ha llevado a cabo separadamente de la anterior, ya que respecto al total de los medicamentos por vía oral suministrados a la totalidad de los Campos, el 54,25% han sido medicamentos del grupo de los Antiinfecciosos.

Este Grupo de medicamentos Antiinfecciosos está dividido en cinco subgrupos. Hemos encontrado que dos de ellos tienen una gran importancia, nos referimos a los Antibacterianos, y los Antipalúdicos, ya que entre los dos suman el 84% de todo el Grupo.

La diferencia entre ellos es pequeña 3,57% a favor de los Antibacterianos, y podemos imputarla a que el Campo de Panzi no tuvo necesidad de abastecerse de Antipalúdicos por vía oral, durante el periodo estudiado, ya que hicieron su consumo de las existencias que anteriormente habían acumulado, por lo que en el cómputo total de los suministros no aparecen.

Dentro del Grupo de los Antiamebianos sólo tenemos el Metronidazol. Con este medicamento existía el problema de la ingestión, es muy desagradable, la dosis total es de 42 comprimidos en 7 días, 6 comprimidos diarios y además no se puede tomar alcohol y este sí es un problema en un Campo de Refugiados donde se consume gran cantidad de cerveza. Tantos problemas suscitó que en una reunión de la Coordinación médica se llegó a dar una nueva pauta de tratamiento de la amebiasis consistente en tomar 10

comprimidos de Metronidazol en una sola toma, como ya referimos en el apartado de Material y Métodos.

Esta puede ser la explicación del uso escaso de este medicamento y también puede ser la razón por la que en el Campo de Shabarabe encontramos Metronidazol con la fecha de caducidad expirada.

El Grupo de los Antihelmínticos está formado por Mebendazol y Levamisol. Este último solamente lo utilizaban en los Campos de Inera y Murhala como preventivo para los niños.

### **6.1.3 Cuantificación de los Antibacterianos**

Hemos encontrado que en este grupo el antibiótico de elección fue el Cotrimoxazol 480 mg coincidiendo con las recomendaciones de OMS.

El Cotrimoxazol 120 mg figura de manera testimonial ya que lo estuvimos suministrando hasta agotar las existencias que había almacenadas, porque teniendo la posibilidad de utilizar el de 480 mg cuya presentación es en tabletas ranuradas, lo que facilita la dosificación, pensamos que hacer uso de las dos presentaciones era una duplicación innecesaria.

La Doxyciclina y la Tetraciclina, debido a sus efectos secundarios, trastornos digestivos y fotosensibilización principalmente, y a la no aceptación por parte de los refugiados debido a esos efectos, paulatinamente dejaron prácticamente de utilizarse a lo largo del periodo.

En la totalidad de los Campos hemos encontrado que con el Cotrimoxazol, Ampicilina, Peni V, Amoxycilina y Cloranfenicol quedan cubiertas el 80% de las necesidades de antibióticos.

Al igual que en la cuantificación de todos los medicamentos en general, al estudiar en particular los Antibacterianos observamos que las diferencias referidas a los porcentajes se mantienen en todos los Campos.

Desde el principio de este trabajo, hemos tenido muy en cuenta que los 12 Campos de Refugiados tenían unas características muy diferentes entre sí.

Es por ello, por lo que para poder tener una percepción más clara del suministro de los antibióticos a cada uno de ellos, hemos utilizado las razones del número de comprimidos/número de habitantes.

Al cuantificar de esta forma los cinco antibióticos principales, con los que como hemos visto anteriormente se cubren el 80% de las necesidades de antibióticos, nos encontramos con que los tres Campos Kalambo, es decir los Campos habitados exclusivamente por niños, arrojan unas cifras que superan las de los demás, multiplicándolas por 10 en el caso del Cotrimoxazol 480 mg por 7 en Ampicilina 250 y PeniV y por 2 en Cloranfenicol y Amoxycilina.

Pensamos a la vista de estas cifras en la posibilidad de que estos Campos estuvieran ubicados en una zona geográfica insalubre, pero no era así.

La posibilidad de unas pérdidas incontroladas de medicamentos la desechamos, si bien no en su totalidad, puesto que las cantidades resultaban excesivas. La tercera posibilidad, y a nuestro juicio la que se acerca más a la realidad, es que al ser obligatoria la asistencia a la escuela de estos niños y no tener familia, añadido a los terribles traumas que arrastraban debidos a las escenas que habían tenido que presenciar durante la guerra, optaban por no ir a la escuela y en cambio sí se acercaban al Puesto de Salud para solicitar medicamentos para sus enfermedades reales o imaginarias.

Nos estamos refiriendo a los medicamentos suministrados, nos haría falta el dato de los realmente utilizados, pero en estos tres Campos no fue posible disponer de ese dato, como tampoco de su inventario.

El otro extremo lo ocupa Boulonge, pero éste era un Campo especial al que se le suministraba solamente una cantidad pequeña de medicamentos, mientras sus habitantes se iban integrando en los otros Campos.

Exceptuando el caso anterior, nos encontramos el Campo de Murhala, que tiene la menor razón comprimido/habitante (2,63) en cuanto a los Antibióticos se refiere. La explicación se encuentra en que sus patologías no requerían este tipo de tratamientos, dado que la mayor parte de los Nuevos Casos que se presentaban eran de Paludismo, y por tanto en este Campo los Antibióticos casi no tenían significación. El Paludismo de este Campo se debía en gran parte a su enclave geográfico, estaba situado en las proximidades de una especie, ya que no eran verdaderas lagunas, de aguas pantanosas infestadas de mosquitos.

Las Afecciones respiratorias que son las patologías que requerían tratamientos con antibióticos, tenían una Incidencia Acumulada de 229/1000 en el Campo de Shabarabe razón por la que el número de comprimidos/habitante de Cotrimoxazol (2,83) y de Ampicilina (2,62) es el doble que el de los demás Campos, además en este Campo ocurrió que el 13,46% del total de los Antibióticos que le fueron suministrados, como excepción de todos los Campos, lo compuso el Acido Nalidixico con un total de 7.700 comprimidos. La explicación viene dada por el suministro deficiente de agua potable, ya que el enclave geográfico del Campo hacía que el agua se encontrara alejada y en una hondonada siendo así que las letrinas se encontraban en el alto de la montaña, por todo ello se dieron una gran cantidad de Casos de diarreas sangrantes, más de 30 Nuevos Casos mensuales, precisando por ello el tratamiento con el Acido Nalidixico. La solución, pasó por replantear el tema del suministro del agua y de la posición de las letrinas.

## **6.2 DISTRIBUCIÓN DEL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS SEGÚN LAS DOS FUENTES DE APROVISIONAMIENTO: ACNUR Y ONG**

### **6.2.1 Distribución porcentual**

La distribución de los suministros entre las dos fuentes ACNUR y ONG para los Campos objeto de este estudio, la hemos estudiado cuantificando tanto por porcentajes como por el número de comprimidos suministrados por cada una de las dos fuentes. Al hacerlo por Grupos terapéuticos separadamente hemos visto que hay tres grupos, Analgésicos, Antiinfecciosos y Gastrointestinal en los que el ACNUR aporta el 67% del total de los suministros y la ONG el 32%.

En el de los Medicamentos que afectan a la Sangre el aporte es del 94% del ACNUR y simbólicamente el 5 % de la ONG y en las Vitaminas 45% de ACNUR y 55% de la ONG. Quiere esto decir que en lo tocante al Acido fólico y al Hierro el ACNUR prácticamente cubre el total de las necesidades, pero solamente en ese grupo.

En todos los demás el máximo de su cobertura es del 67%, lo que significa que la ONG debe tener preparadas existencias de un 32% de las necesidades de los Grupos básicos como son los Analgésicos los Antiinfecciosos y el Gastrointestinal.

En el Grupo de las Vitaminas, teniendo en cuenta que la Vitamina A la proporcionaba la UNICEF y por tanto no influye en el cómputo global y que el Grupo en general es de controvertida utilidad vemos que el aporte llega en un 50% de cada fuente, con una dosis de complacencia por parte de la ONG.

En el Grupo de los Respiratorios la ONG aportó el 72% ya que el ACNUR no facilitaba antitusígenos como la Noscapina aunque figuren en su lista, mientras que la ONG los aportaba a petición de los Campos. Lo que sí proporcionaba el ACNUR era la Aminofilina, pero en el periodo estudiado un lote llegó completo en malas condiciones y fue imposible tanto para ACNUR como

para la ONG abastecerse de Aminofilina, por tanto el Grupo de los Respiratorios en este estudio se reduce prácticamente a la Noscapina de dudosa eficacia.

### **6.2.2 Distribución atendiendo al número de comprimidos**

Al hacer la distribución por número de comprimidos, los resultados varían mucho. Hemos visto en el apartado anterior que 3 de los Grupos tenían un aporte del 67% de ACNUR y el 32% de la ONG y es cierto, pero si nos referimos al número de comprimidos hay un Grupo que encabeza la lista de una manera extraordinaria.

El ACNUR aportó 1.046.530 comprimidos de Antiinfecciosos, aproximadamente la mitad de Analgésicos 459.900 y la mitad de éstos, es decir 187.620 de Gastrointestinal, es decir que los porcentajes son los mismos pero las cantidades difieren sensiblemente y creemos que es importante saber a qué cantidades nos estamos refiriendo, ya que en el Grupo de la Sangre en el que el porcentaje era del 94% los comprimidos son 59.200.

La ONG siguió la misma pauta y por tanto suministró 494.106 comprimidos de Antiinfecciosos, la mitad aproximadamente de Analgésicos (222.562) y la mitad de éstos de Gastrointestinal (115.010). La misma cantidad en Vitaminas 106.897 comprimidos.

Destacamos estas cifras, ya que adquieren gran importancia por dos factores primordiales:

El precio de cada grupo y el espacio disponible para cada uno.

Las diferencias en cuanto al primer factor son muy importantes ya que los precios de cada grupo son totalmente diferentes. El precio de los Analgésicos es inferior al de los medicamentos del grupo de Antiinfecciosos y de los de Gastrointestinal.



En cuanto al espacio que ocupan, hay un gran paralelismo dado que los medicamentos por vía oral tienen presentaciones similares, en botes de un mínimo de 1.000 comprimidos, y ocupan el mismo espacio siendo indiferente para ello el grupo terapéutico al que pertenezcan. A este respecto lo único que hay que tener en consideración es el número de comprimidos que se van a tener que almacenar de cada uno de los Grupos.

Hemos hecho en el estudio esta diferenciación entre porcentajes y número de comprimidos, porque si bien el ACNUR en la distribución total de los suministros alcanzó el 59,83% de media considerando todos los Grupos, y por tanto la ONG el 40,16%, si atendemos al número de comprimidos suministrados, el ACNUR suministró 1.838.450 comprimidos y la ONG 977.704 comprimidos.

Por tanto el 53,8% de los comprimidos suministrados corrió a cargo de la ONG, es decir superó la mitad de todos los envíos de comprimidos realizados.

### **6.3 DESCRIPCIÓN DEL SUMINISTRO DE ANTIBIÓTICOS POR PARTE DE ACNUR Y LA ONG**

Aunque hemos visto que el ACNUR suministraba el 65,16% de los Antibióticos y la ONG el 34,82% hubo un fenómeno que resultaba cuando menos curioso y es que siendo el antibiótico de elección recomendado por ACNUR y la OMS el Cotrimoxazol 480 mg, tanto por su eficacia como por su precio como por su facilidad de dosificación, en el periodo estudiado, el ACNUR solamente suministró 123.700 comprimidos de Cotrimoxazol 480 mg, es decir el 57,81% del total de los suministrados, no encontramos explicación lógica, porque en lo que se refiere al coste económico el Cotrimoxazol era el antibiótico de menor precio, y resultaba un contrasentido que fuera el más recomendado en todos los casos y no se garantizara su suministro.

El comportamiento respecto al resto de los Antibióticos, alcanzaba más del 70% por parte de ACNUR en todos ellos, exceptuando la Doxyciclina y Tetraciclina

que por otra parte hemos hecho notar anteriormente sus efectos secundarios.

La ONG por su parte suministró el 100% de Cotrimoxazol 120 mg ya que teníamos existencias, y las agotamos. El 91% de suministro de Ampicilina 500 mg, fue debido a la petición del Campo de Inera.

Respecto a la Doxyciclina, de la que llegamos a suministrar un 54%, no llegó a consumirse dados los efectos ya mencionados.

Al ser este un estudio descriptivo, hemos expuesto lo que realmente se suministró en cuanto a los antibióticos se refiere, pero vamos a analizar a continuación si estas cantidades suministradas fueron o no suficientes a la luz de lo que indica el Botiquín de Urgencia de la OMS.

Tomando como referencia el Botiquín de Urgencia de la OMS en el que se dan unas cantidades de suministro de medicamentos para atender las necesidades de 10.000 refugiados durante 3 meses y nos detenemos en el caso del Cotrimoxazol tendríamos una cantidad de referencia de 450.000 comprimidos, la cantidad que realmente se suministró fue de 213.974 entre las dos fuentes quedando por tanto muy lejos de esa cifra.

Pero hay que tener en cuenta que el Botiquín de Emergencia se utiliza en los primeros momentos de las emergencias y hemos hecho hincapié en que los Campos en el momento de empezar este estudio, llevaban un año y medio de funcionamiento y por tanto las patologías estaban en los niveles, no de las emergencias sino de la fase post-emergencia.

Hay otra lista reformada de ésta, también de la OMS en la que se refiere al número de medicamentos necesarios relacionándolos con el número de Nuevos Casos aparecidos. En ella figura el Cotrimoxazol 480 mg con una cantidad de 2.667 comprimidos por cada 1.000 Nuevos Casos, al tener nosotros 165.908 Nuevos Casos deberíamos haber enviado o suministrado 442.722 comprimidos de Cotrimoxazol 480 mg. Podemos observar que tanto esta última cantidad como la anterior 450.000 y 442.722 son entre ellas similares, pero ninguna de las dos tiene relación con las realmente suministradas.

Podemos pensar que el uso de los demás antibióticos en estas listas estaban restringidos y que sin embargo en la realidad se utilizaron en mucha mayor medida de lo que las listas recomendaban. Llegamos por estos datos a concluir que el antibiótico de elección en todos los casos no fue el Cotrimoxazol, y fue sustituido por los otros antibióticos.

Si utilizamos la comparación tanto con el Botiquín como con la Lista de OMS para los demás antibióticos encontramos que solamente se ajustan a ellas las cantidades de Cloranfenicol. Hecho que podría deberse a que este antibiótico no se utiliza en las Afecciones respiratorias, que eran las más frecuentes.

Respecto a la Ampicilina se suministraron 120.850 comprimidos en lugar de los 44.322 recomendados, podemos pensar que parte del Cotrimoxazol fue sustituido por Ampicilina. En este caso se plantean preguntas como son el porqué de la utilización de la Ampicilina teniendo en cuenta que la forma farmacéutica en la que se presenta es en cápsulas de gelatina, que son más difíciles de ingerir y no se pueden dosificar para los menores de 5 años. Presentan además otro problema y es el de que las cápsulas de gelatina en contacto con el agua se deshacen, siendo por ello más ventajoso el uso del Cotrimoxazol ya que su forma farmacéutica son tabletas ranuradas con lo que se puede ajustar perfectamente la dosificación.

Una hipótesis, aunque hemos de reconocer que es poco científica, pero bastante real, es que las cápsulas de gelatina son de colores llamativos y las tabletas al igual que los comprimidos son blancos, y las preferencias se decantan en base a los colores atractivos.

En el caso de la Peni V, los 88.478 comprimidos recomendados por la OMS y 90.000 según el Botiquín fueron superados por los 112.186 comprimidos que se enviaron

A estos habría que añadir la Amoxycilina 250 mg de gran relevancia pues se suministraron 61.500 comprimidos que no figuran en ninguna de las listas,

pero que también se presentaban en cápsulas de colores, lo que se suma a la hipótesis poco científica que formulábamos anteriormente.

Estos datos vienen a confirmar que las listas son orientativas para las emergencias pero no son exactas en el caso de las post-emergencias, no es que no sean exactas es que ni tan siquiera el ACNUR las sigue, de manera que no hay una referencia de los antibióticos que se van a utilizar o mejor dicho de los que se utilizan en la práctica. Esta es la explicación que podemos encontrar y que pueda justificar el porqué del poco suministro del Cotrimoxazol 480 mg con lo que por mucho que los protocolos digan que es el antibiótico de elección la realidad parece que no lo indica así, aunque las causas no hemos podido identificarlas.

El problema que plantean estas diferencias entre unas listas de posibles referencias y la realidad es que no hay ninguna referencia de la cual poder echar mano a la hora de programar unos pedidos de medicamentos por parte de la ONG, y esto da lugar a que se tengan acumulados medicamentos que no se utilizan, que ocupan espacio y han costado dinero y que podría perfectamente haber sido destinado a otras partidas del presupuesto. Por tanto creemos que puede ser de utilidad para las ONG tener una referencia de los medicamentos que han de constituir su almacén, pero adaptados a la realidad, ya que si se hacen con respecto a las listas oficiales ya hemos visto que no van a ser los idóneos.

Por esta razón al no existir unas cantidades de referencia sino solamente unas Listas restrictivas de medicamentos esenciales es por lo que creemos necesaria la presencia sobre el terreno de un profesional sanitario como es el Farmacéutico dedicado exclusivamente a estimar las necesidades de medicación complementaria según las patologías presentes en la región de la que se trate y ocupándose de que los medicamentos que se tengan que suministrar y por tanto abastecerse de ellos sean los que se utilicen realmente y no otros y en las cantidades precisas.

El periodo de cinco meses que abarca este estudio es quizá algo limitado, pero abarca la estación de lluvias y la pequeña seca, y por otro lado la cantidad de refugiados atendida es un número lo suficientemente grande como para poder establecer una lista orientativa de necesidades.

#### **6.4 CUANTIFICACION DE LAS PATOLOGIAS**

*La diferencia entre los dos grupos etarios en cuanto a las patologías que presentan es lo más ilustrativo de esta cuantificación.*

Hemos encontrado en los niños menores de 5 años un elevadísimo número de Casos de afecciones respiratorias, 12.743 Nuevos Casos, y teniendo en cuenta el tamaño de esta población, 19.772 niños menores de 5 años representa una Incidencia Acumulada de 644/1000.

Teniendo en cuenta que el Paludismo arroja una cifra de 10.271 episodios, con una Incidencia Acumulada de 500/1000 quiere decir que si se han registrado un total de 41.041 Nuevos Casos de las diferentes patologías cada niño ha presentado en el periodo de tiempo estudiado 2,07 Nuevos Casos de alguna de ellas o bien que la Incidencia Acumulada para cualquiera de las patologías fue de 2070/1000

En los mayores de 5 años la Incidencia Acumulada de todas las patologías presenta una disminución importante ya que es de 1,04 o bien 1040/1000 es decir que cada individuo mayor de 5 años ha presentado a lo largo del periodo al menos un episodio de alguna de las diferentes patologías estudiadas.

Hay muchas maneras de expresar estos datos, refiriéndolos a cada 1000 Nuevos Casos o bien refiriéndolo a cada 1000 habitantes mayores o menores de 5 años, creemos que resultaría de mayor utilidad y más explicativo para poder hacer unas determinadas previsiones de la cantidad de medicamentos que hay que tener disponibles según las diferentes patologías, el saber cuantos casos se

5 años, creemos que resultaría de mayor utilidad y más explicativo para poder hacer unas determinadas previsiones de la cantidad de medicamentos que hay que tener disponibles según las diferentes patologías, el saber cuantos casos se van a presentar de cada patología en mayores y menores de 5 años, ya que el recuento de personas es uno de los primeros datos que hay disponibles en los Campos, por ser indispensable para el número de raciones de alimentos. De ahí que nos tomamos la licencia de agrupar las afecciones respiratorias en un solo apartado, las diarreas en otro, el paludismo clínico y el confirmado por Gota Gruesa en otro.

Queremos resaltar el hecho de que de todos los casos de paludismo declarados durante el periodo estudiado (10.271) en menores de 5 años solamente 860 fueron confirmados por Gota Gruesa y en los mayores de 5 años de los 37.476 casos de paludismo declarados solamente 3.163 fueron los confirmados por el mismo método. Ni tan siquiera un 10% de los casos tuvieron un diagnóstico confirmado. Se diagnosticaron clínicamente debido a la falta de microscopios, ya que solamente existían en los Campos militares y en Inera. En la isla de Idjwi disponíamos de uno en el Norte para todos los Campos. Existían otros dos microscopios pero fuera de uso por no poderlos reparar.

Puede suceder que algunos casos diagnosticados como paludismo fueran confundidos con episodios de gripe, en cuyo caso la Cloroquina es de efecto nulo, dando con ello lugar a un aumento de las resistencias a dicho fármaco. Creemos que se deben proporcionar microscopios sencillos, ya que la luz eléctrica es un bien escaso en muchos países, para hacer las confirmaciones de diagnóstico del Paludismo.

Si la OMS indica que cada refugiado consulta entre tres y cuatro veces por año hemos llegado a ver que en este caso lo hicieron 2 veces más los niños menores de 5 años que los adultos, por tanto la medicación debe ser también en la misma proporción ya que las dosis de los menores de 5 años son totalmente diferentes de las de los mayores.

## 6.5 TRATAMIENTOS DE LAS PRINCIPALES PATOLOGIAS

En el tratamiento del Paludismo, el protocolo que hemos considerado es el que la OMS y ACNUR tienen establecido. Hechos los cálculos de los suministros de la primera línea, es decir del tratamiento con Cloroquina, encontramos que para tratar todos los Nuevos Casos nos faltaron por suministrar 165.416 comprimidos de 100 mg.

En el caso de que todos los Campos hubieran querido seguir el Protocolo, no hubieran podido hacerlo, ya que no recibieron la cantidad de Cloroquina suficiente. Teóricamente 11.027 Nuevos Casos de Paludismo de adultos no pudieron ser tratados con esta primera línea de Cloroquina.

En la segunda línea de tratamiento el resultado es que se enviaron 3.604 comprimidos de Fansidar por encima de los teóricos. Teóricamente sobraron 1.200 tratamientos de segunda línea.

En la tercera línea, la Quinina oral, la diferencia arroja un saldo positivo de 33.593 comprimidos. En teoría se suministraron 3.199 tratamientos por encima de los que teóricamente hubieran sido precisos.

Se considera que de un 3-4% de los casos de Paludismo degeneran en perniciosos y es para ellos para los que se recomienda el tratamiento de Quinina inyectable. Entre 308 y 415 Nuevos casos de menores de 5 años y entre 1184 y 1579 Nuevos Casos de mayores de 5 años, se habrían encontrado en esta situación de Paludismo pernicioso.

En la práctica del suministro de antipalúdicos nos encontramos con que las necesidades sentidas por los Campos no se adaptaban a este modelo teórico y por ello para realmente saber cuales eran fue por lo que implantamos el método del consumo en cada Campo, ya que si no era imposible saber como aplicaban los tratamientos y si los medicamentos que se les suministraban se adaptaban o no a sus necesidades.

Las patologías que requieren el tratamiento con antibióticos son múltiples, ya que si bien principalmente son las Afecciones Respiratorias, también se han utilizado para infecciones de garganta, nariz y oídos y en otras patologías englobadas en Diversos o en Fiebre de origen indeterminado, así como meningitis y Sida clínico. Por todo ello y al disponer de cinco antibióticos principales y los demás ser poco relevantes, nos fue imposible, sin tener más datos que las cantidades de medicamentos solicitadas y las enviadas, conocer el estado real de las existencias de medicamentos en los Campos y por tanto el cómo utilizaban los antibióticos solicitados.

#### **6.6 DESCRIPCIÓN POR CAMPOS DE REFUGIADOS DE LOS MEDICAMENTOS SOLICITADOS RECIBIDOS Y CONSUMIDOS PARA EL TRATAMIENTO DEL PALUDISMO**

El sistema de abastecimiento de medicamentos en los Campos de Refugiados de Bukavu, que a nuestra llegada estaba establecido, podríamos asimilarlo a una pugna entre los responsables de las farmacias de cada Campo y los responsables de la Farmacia Central del ACNUR. Las cantidades de medicamentos solicitadas quincenalmente por parte de los Campos, eran prácticamente las mismas, se repetían sistemáticamente y el ACNUR las dividía por dos o por tres también sistemáticamente, sin atender a unos criterios establecidos, un poco aleatoriamente.

Al entregar al ACNUR las solicitudes de medicamentos, no se sabía cuales eran las cantidades que les iban a suministrar, por tanto había que atender, desde la Farmacia Central de la ONG las peticiones de medicamentos que no habían sido suministrados por ACNUR, sin saber a ciencia cierta si eran los que necesitaban en ese momento o si por el contrario eran los complementarios de esas repeticiones



.Al no tener constancia de unos inventarios de las farmacias de cada Campo, aunque supiéramos los medicamentos solicitados y los que habían recibido, lo que faltaba y creemos que era importante eran sus consumos.

En el mes de diciembre, a los dos meses de nuestra llegada, pudimos conseguir que dos de los Campos, tuvieran su inventario y que tanto estos dos Shabarabe y Nyakavogo como Inera y Murhala quisieran participar en el nuevo sistema que queríamos implantar, consistente en conocer sus consumos reales a lo largo del mes. Al mismo tiempo expusimos al Farmacéutico de ACNUR nuestro sistema, para poder a la vista de estos datos cumplimentar las solicitudes de medicamentos con unas bases reales.

El resto de los Campos, no fue posible conseguir que participaran, ya que existe una renuencia en todos los casos en los que se va a implantar un sistema de nueva recogida de datos que, si bien es cierto que lleva aparejado más trabajo y no viendo claramente la finalidad del mismo no quisieron instaurarlo.

Dicho esto hemos de añadir que la concienciación la llevamos a cabo explicando que íbamos a utilizar estos datos como herramienta de presión para que el ACNUR aumentara la cantidad de medicamentos suministrados a la vista de los datos recogidos ya que esa era la queja más frecuente de todos los Campos. De todas maneras no fuimos capaces de convencerlos a todos y por tanto los únicos datos de los que pudimos disponer fueron de los facilitados por los cuatro Campos ya citados.

Los tratamientos del Paludismo son los más controvertidos, ya que ninguno de ellos es verdaderamente eficaz, y dado que en esta zona de Africa el Paludismo es una enfermedad endémica y que cada persona tiene una clara conciencia de que a lo largo de su vida va a tener varios episodios de Paludismo más o menos intensos, sucede que en cada caso ya conocen los medicamentos que más les gustan o que mejor toleran ya que todos los antipalúdicos tienen unas grandes contraindicaciones, y son muy desagradables los efectos secundarios que producen.

En el caso de los Campos de Refugiados el protocolo de ACNUR y OMS era el que hemos descrito anteriormente, pero la realidad es que debido a lo anteriormente expuesto, en cada caso se aplicaba dicho protocolo de diferente forma, por esta razón es por la que creímos de absoluta necesidad pedirles a los responsables de la farmacia de cada Campo que nos facilitaran los datos de sus consumos ya que sin ellos era imposible saber cuantos de los medicamentos recibidos eran los realmente utilizados. Ante la disparidad de las cifras entre los solicitados, los recibidos y los consumidos, vimos que no solamente se daban en el caso del Paludismo, en el que podían jugar un papel importante las resistencias, sino en todos los demás procesos. En la diarrea se producía el mismo fenómeno, disparidad, con lo cual estructurar un envío de medicamentos que cubriera las necesidades y estuviera de acuerdo con las peticiones, se convirtió en una tarea complicada.

Al finalizar el primer mes, es decir diciembre, con todos estos datos recogidos y una vez rellenas las fichas de cada Campo, con esos datos, se les devolvían a ellos, y personalmente con el responsable de la farmacia de cada uno de los Campos, estudiábamos todas las desviaciones que se habían producido en cualquier sentido, con lo que se podía apreciar que si bien los suministros eran inferiores a las solicitudes, los consumos también lo eran, y la realidad es que en los meses siguientes se fueron ajustando al ver que su creencia de que si pedían el doble por lo menos se les suministraría la mitad, carecían de fundamento, ya que los suministros no se hacían por parte del ACNUR con respecto a las solicitudes recibidas sino a los datos recogidos en los Boletines Epidemiológicos.

No obstante hemos podido observar que en algunos casos como en el de Shabarabe, la cantidad de Cloroquina consumida fue en un 40% superior a la recibida, y en el caso de Inera el consumo de Quinina oral fue un 12% superior al del suministro recibido, se repite este caso en los Campos de Nyakavogo y Murhala, en los que los consumos de Quinina por vía oral superan las cantidades recibidas, si bien en ningún caso igualan a las cantidades solicitadas.

Ahora bien si consumían una cantidad mayor de la que recibían sólo podía significar una cosa y es que disponían de cantidades de reserva en sus respectivos almacenes. Es por ello por lo que nos pareció razonable obtener un inventario de sus existencias pero hemos de confesar que si obtener los datos de los consumos fue arduo, obtener los inventarios solamente se hizo realidad en dos de los Campos Shabarabe y Nyakavogo, los demás guardaron celosamente sus existencias

Respecto a la Cloroquina de primera línea de tratamiento observamos que los tratamientos son diferentes en cada uno de los Campos, en todos ellos salvo en Shabarabe las cifras de Cloroquina consumida están muy por debajo de las recibidas y por ende de las solicitadas que llegan a alcanzar unas diferencias del 70% en el caso de Murhala, es decir les sobraban Cloroquinas, el número de mg empleados por cada caso varía de los 540 mg de MURHALA a los 926 mg de Shabarabe por cada Nuevo Caso.

Respecto a la segunda línea, el "Fansidar", el número de comprimidos consumidos es inferior a los recibidos salvo en un caso Nyakavogo que emplea 1,14 comprimidos por caso mientras los demás utilizan una media de 0,62 a 0,80 comprimidos por caso. Con esto se refuerza la idea de que los tratamientos se aplicaban en cada Campo de una manera aleatoria.

En la Quinina oral en tres de los Campos se consume por tratamiento de 1.500 mg a 934 mg, no ajustándose por tanto las cantidades de Quinina recibidas con las cantidades consumidas. Hay un Campo que consume 236 mg y sin embargo es el único al que se le habían suministrado un número superior de Quinina en comprimidos que no utilizó.

En uno de los Campos el de Shabarabe las cantidades de cada uno de los antipalúdicos solicitadas, recibidas y consumidas difieren totalmente de los otros tres Campos, en este caso apreciamos que utilizaban la Cloroquina como primera línea de tratamiento, pero no en todos los casos ya que de haberlo hecho así tendrían que haber consumido 1.412.250 mg y solamente

consumieron 1.015.600 mg, habiendo solicitado y recibido a lo largo de los tres meses 600.000 mg.

Viendo con detenimiento el caso del Paludismo en estos datos, es decir el número de Nuevos Casos, los antipalúdicos solicitados, los recibidos y los consumidos y por tanto las dosis empleadas para cada caso observamos que no hay un cumplimiento de los protocolos y que en cada Campo lo aplican a su manera,

En el caso de la Cloroquina en Inera utilizaron 836 mg por caso, mientras que en Murhala usaron 540 mg y sin embargo la solicitud de Cloroquinas no estaba de acuerdo con los consumos ya que era un 70% mayor que sus necesidades. En el Fansidar sus solicitudes eran un 64% mayores que sus consumos y en la Quinina solicitaron un 71,4% por encima de sus consumos.

De todos los tratamientos de antipalúdicos que recibió Inera utilizó un 87,09%, hubo Cloroquina y Fansidar que no utilizaron, y en cambio le faltaron comprimidos de Quinina, por lo que utilizaron los suyos propios.

En Murhala se utilizaban un 71,76 % de los tratamientos totales de antipalúdicos recibidos, igual que en el caso anterior consumió mayor cantidad de Quinina de la que recibió y no utilizó las Cloroquinas y el Fansidar en su totalidad.

Por otro lado el suministrar los antipalúdicos conforme al marco teórico ya hemos podido comprobar anteriormente que tampoco es una buena medida ya que si se hubieran suministrado toda la cantidad de Cloroquina teórica el excedente habría sido grande, en el caso del Fansidar es en el que está la balanza más equilibrada, las cantidades suministradas fueron pequeñas y la utilización escasa.

Sin embargo en el caso de la Quinina aunque teóricamente se había suministrado una cantidad con excedentes en la práctica todos consumieron más de la que se les envió, igual sucede en el caso de las ampollas de Quinina.

Si atendemos a la razón comprimidos/habitantes en el caso de los antipalúdicos, observamos que Murhala con una Incidencia acumulada altísima de Nuevos Casos de Paludismo 452/1000 consumió 3,82 comp/hab. La distribución de los tratamientos antipalúdicos orales en este campo es la misma que en el campo de Nyakavogo, aunque en éste la razón de comp/habitante desciende a 2,14 dado que su IA desciende a 156/1000. En ambos campos, el 51% de los tratamientos antipalúdicos utilizados son de primera línea (Cloroquina), el 36% de segunda línea (Fansidar) y el 13% restante de tercera línea (Quinina).

En Inera la IA es de 180/1000 respecto al Paludismo, la razón de comprimidos/habitante se eleva a 2,27, y difiere de los anteriores en la distribución de las tres líneas de tratamientos. Dedicó un 62,46% de sus tratamientos a la Cloroquina, un 12% de diferencia en la utilización de la primera línea, con lo cual los utiliza en un 23%, y usa la Quinina oral en un 14% de los casos.

Shabarabe tiene una razón de 2,49 comp/hab en el cómputo global de todos los antipalúdicos, su IA es 230/1000, es decir mayor que Inera y Nyakavogo y no obstante es la Cloroquina el tratamiento más utilizado, llegó a representar el 68% de todos los tratamientos, el 29,37% de los tratamientos por vía oral son de segunda línea, y sorprende el porcentaje de los tratamientos que han empleado de Quinina 2,51%.

Los dos campos Shabarabe y Nyakavogo consumieron, en este periodo estudiado, 994 y 1017 tratamientos orales antipalúdicos respectivamente, es una cantidad muy similar, y por tanto es en la distribución de estos antipalúdicos donde radican las diferencias. Una diferencia entre estos campos es la IA ya que la de Nyakavogo era mucho menor 156/1000 y sin embargo su consumo era mayor que el de Shabarabe 230/1000.

El porqué de estas diferencias en el uso de los medicamentos, se debe en buena medida a que en estas cifras están incluidas las pérdidas por otras

causas no muy bien esclarecidas, veremos que en este campo de Nyakavogo todas las cifras de medicamentos están alteradas con respecto a los demás.

En el caso de Shabarabe que es el que utilizó menor cantidad de Quinina y mayor de Cloroquina, el responsable de la farmacia del campo intentó poner en práctica el Protocolo y empezó a consumir parte de la Cloroquina que se iba acumulando en su almacén, es por ello por lo que es el único campo que consumió una cantidad muy superior de Cloroquina que la que solicitó y de la que recibió durante este periodo.

Todos los demás consumían parte de sus propias existencias de Quinina, ya que recibían menor cantidad de la que realmente consumían.

Cada uno de los Campos aplicó los tratamientos del Paludismo de una manera diferente, creemos que dado que estos cuatro Campos suman un total de 73.375 personas, el resto de los Campos aunque carezcamos de sus datos de consumo de antipalúdicos los podríamos asimilar en lo que a dispersión de tratamientos se refiere.

En todo caso en los Resultados hemos presentado las cantidades suministradas en conjunto por ACNUR y la ONG, insistimos en ello, ya que si presentamos por separado las cantidades suministradas por ACNUR podemos observar que no cubren las necesidades que resultan de aplicar los protocolos para el número de casos registrados. Por tanto llegamos a la conclusión de la necesidad que tiene cada ONG de tener su Farmacia para completar la medicación que ACNUR no va en ningún caso a suministrar en ningún caso.

## **6.7 TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS**

En el tratamiento de las diarreas en los cuatro Campos de los que disponemos de datos, nos encontramos que se vuelve a producir el mismo fenómeno, cada uno utilizaba una cantidad diferente de sobres de Sales de

Rehidratación Oral desde los 3 sobres por episodio de Inera a los 17 de Nyakavogo, esta última cifra no tiene una explicación plausible de ningún tipo o por lo menos no hemos sido capaces de imaginar una explicación satisfactoria.

Respecto a los suministros de Sales de Rehidratación Oral, queremos dejar constancia de su total abastecimiento por parte de ACNUR.

En ninguno de los campos se consumieron todas las Sales de Rehidratación Oral que se recibieron.

## **6.8 TRATAMIENTOS CON ANTIBIÓTICOS**

En el caso de los Antibióticos, hemos estudiado lo que ha sucedido en los cuatro Campos de referencia y hemos considerado los 5 antibióticos que suponen una aportación de más del 5% de los suministrados

Si nos referimos al Cotrimoxazol 480 mg, antibiótico de elección, y lo aplicamos a las Afecciones respiratorias en las que ha debido utilizarse, podemos observar que se han recibido mayor número de comprimidos de los que se han consumido, sin embargo su utilización ha sido diferente según el Campo del que se trate, así en Inera se utilizaron una media de 4,98 comprimidos por proceso y sin embargo en Murhala la cifra se redujo hasta 3,38 comprimidos por proceso, podemos imputarlo al no cumplimiento de las directrices ya que en este último Campo su antibiótico de elección fue la Peni V en la que utilizan 3,63 comprimidos por proceso.

Resulta curioso el caso de la Amoxicilina 250 mg ya que no se solicitó salvo en el caso de Inera en la que se solicitaba una cantidad simbólica de 2.000 comprimidos sin embargo utilizaron la cantidad de 13.164, de los 14.000 que se les suministraron. En los demás campos no la utilizaron.

Respecto a la Ampicilina 250 mg en el caso de Shabarabe la utilizaron en la misma proporción que el Cotrimoxazol.

Estudiando los datos de consumos de la totalidad de los antibióticos y no solamente de los 5 principales, en cada uno de los campos, vemos que se destaca Shabarabe con una razón de 7,14 comprimidos por habitante, ello ha sido debido al uso del Ácido Nalidíxico, que tuvieron que utilizar dado su problema de contaminación de las aguas. Si tenemos en cuenta su pequeño número de habitantes, hallaremos la explicación para que la razón hallada entre el número de comprimidos/habitante sea tan elevada.

El otro extremo, es decir el que menos uso hizo de los antibióticos fue Murhala con 2,63 comprimidos / habitante debido a que los procesos patológicos que se les presentaron fueron fundamentalmente las malarias, para las que no son de ninguna utilidad estos medicamentos.

El campo de Nyakavogo presenta como en casi todo una elevada razón de 3,72 comprimidos / habitante muy superior a INERA (3,12 comp/hab). La razón de que Inera presente unos equilibrios mayores en cuanto a la utilización de los medicamentos se debe en parte a su gran número de habitantes, y por ello a su mejor organización.

Las razones halladas entre los comprimidos y el número de habitantes para los cuatro grupos de medicamentos, sobresale la utilización de los analgésicos que, salvo en el caso de Murhala 7,2 comp/hab superior a los comprimidos de antipalúdicos (3,82) y de antibióticos (2,63), todos los demás Campos utilizan los Analgésicos en menor cantidad que los Antibióticos.

A la vista de estos resultados lo único que observamos es que la utilización de los medicamentos no dependía de los procesos y de los protocolos establecidos sino de la persona que estaba al frente de cada Centro de Salud que los utilizaba como le parecía más conveniente, en cuanto a la aportación realizada por el ACNUR seguía siendo insuficiente en el caso de los antibióticos ya que la que aquí reflejamos es la conjunta de ACNUR y la ONG.



## **6.9 ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES SENTIDAS Y LAS CANTIDADES DE MEDICAMENTOS SUMINISTRADAS**

Las diferencias entre las cantidades de medicamentos solicitadas y las recibidas por la totalidad de los Campos y a lo largo del periodo de cinco meses, se produjeron en todos los Grupos terapéuticos, siendo el Grupo de Medicamentos que afectan a la Sangre en el que estas diferencias eran menores.

Se recibió el 82,3% de los medicamentos que se solicitaron. En el Grupo de Analgésicos y en el de Gastrointestinal se solicitaron el 25% más de los que se recibieron. Respecto a los Antiinfecciosos las solicitudes son superiores en un 35% a las que se recibieron, teniendo en cuenta que en este grupo están los Antipalúdicos y los Antibióticos de los que ya hemos visto anteriormente en cuatro de los Campos las diferencias existentes.

En el Grupo de los Respiratorios la diferencia alcanza el 60% pero es explicable debido al fallo en el suministro de la Aminofilina durante este periodo.

Si observamos el Grupo de las Vitaminas es dónde la diferencia se acentúa de una manera extraordinaria ya que llega a alcanzar el 53%.

Si asumimos que por razones de índole psicológica o por que las circunstancias de un Campo de Refugiados son verdaderamente difíciles como ya hemos expuesto anteriormente, se podría admitir una diferencia en todos los Grupos Terapéuticos, entre los medicamentos solicitados y los recibidos de un 25%, pero aún admitiendo esta posibilidad se nos escapa el porqué en el grupo de las vitaminas las diferencias son tan acentuadas, este hecho podría deberse a dos causas:

Una de ellas podría ser el que las cantidades de Vitaminas solicitadas sean las necesarias aumentadas en un 25% como todos los demás grupos y entonces lo que ha ocurrido es que se la diferencia está en las cantidades que se han suministrado, que han sido inferiores a las debidas, o bien la segunda posibilidad es que se hayan solicitado cantidades de Vitaminas muy

por encima de las necesidades reales, ahora bien lo que realmente deberíamos plantearnos es cuales son las necesidades de vitaminas, excepción hecha de la Vitamina A que como ya hemos señalado anteriormente proporcionaba UNICEF. Llegamos por tanto a la conclusión de que son utilizadas como placebo, ya que la situación en la que se ha desarrollado este estudio corresponde a una situación estabilizada de post-emergencia y por tanto sin necesidad de paliar como puede suceder durante las primeras fases de la emergencia, carencias alimenticias.

#### **6.10 COSTE DE LOS MEDICAMENTOS SUMINISTRADOS COMPLEMENTARIAMENTE POR LA ONG**

Este capítulo del Coste de los medicamentos suministrados complementariamente por la ONG creemos que tiene dentro del estudio una importancia relevante por varias razones que pasamos a detallar a continuación.

Tomando como base todo lo descrito hasta este momento, hemos podido llegar a la conclusión de que para hacerse cargo una ONG de la parte sanitaria de uno o varios Campos de Refugiados ha de disponer de sus propios medicamentos ya que el ACNUR no subviene a las necesidades que de éstos tienen los Refugiados.

Hemos visto que el ACNUR proporciona aproximadamente el 65% de los medicamentos y por tanto la ONG tiene que cubrir el 35% de ellos. También hemos visto anteriormente por Grupos Terapéuticos cuáles son estas necesidades y por tanto sus complementos y ahora vamos a detallar el cómo se podría distribuir el total de los Fondos existentes para medicamentos y de qué manera puede resultar una mejor gestión.

El contemplar los porcentajes de las necesidades nos lleva a saber cuales son los medicamentos que vamos a necesitar, pero estos datos vistos a la luz de la economía varían totalmente, pensamos que el ideal sería saber qué cantidad

de fondos necesitaríamos para cubrir la medicación complementaria por refugiado y año y cómo deberíamos distribuirla.

En nuestro estudio al ser un estudio descriptivo, conocemos la cantidad de medicamentos de cada Grupo que hemos suministrado al conjunto de todos los Campos así como el precio de los mismos. El resultado fue de 15.592,2 Euros en cinco meses para atender a 139.814 refugiados, por tanto en un año se necesitarían 37.421,28 Euros, es decir el coste en la medicación complementaria por vía oral ascendería a **0,26 euros/refugiado/año**.

Los medicamentos Antiinfecciosos son los de precio más elevado y por tanto son los que en el presupuesto tienen un mayor peso, el 71,29% de los fondos destinados a medicamentos por vía oral se consumió en este Grupo y dentro de él en Antibacterianos y Antipalúdicos y aunque de estos últimos las cantidades suministradas fueron inferiores a las de Antibacterianos su precio es muy elevado.

Dentro de los Antibacterianos, el Cotrimoxazol 480 mg es relevante, ya que su precio es más asequible que los demás, pero dado el elevado número de comprimidos ocupa el primer lugar en cuanto a los costes se refiere.

Los dos Antibacterianos cuya importancia económica es considerable son la Ampicilina 250 mg y Ampicilina 500 mg cuyo precio es muy superior, pero también es inferior el número de comprimidos que se proporcionaron.

Así pues al estudiar estas cifras podemos analizar su importancia ya que depende mucho del precio de adquisición de estos productos el que el presupuesto sea mejor o peor gestionado, y pensamos que es el momento de tener en cuenta las fuentes de aprovisionamiento de la ONG, que básicamente son tres:

## **1 Medicamentos procedentes de donaciones**

Las donaciones de medicamentos son una fuente extraordinaria de suministros, poseen la ventaja inconmensurable de su gratuidad, pero llevan aparejado, si son indiscriminadas, un gran defecto y es el de su utilidad.

Las únicas donaciones que se deben aceptar son aquellas que, proveniendo de un donante fiable, contengan aquellos medicamentos que puedan ser necesarios en el lugar del que se trate, y se vayan a utilizar en un periodo de tiempo no superior a un año, tiempo que por otro lado es el que deben llevar como mínimo de fecha de expiración o caducidad.

Otro factor a tener en cuenta en las donaciones es el cómo y el cuándo van a llegar al lugar de destino, ya que la gran mayoría de las veces su transporte depende de la buena voluntad de los transportistas, con lo que las fechas de entrega pueden ser impredecibles.

Los medicamentos que necesiten para su conservación la "cadena del frío" no deben ser enviados, ya que es muy posible que dicha cadena haya quedado interrumpida y por tanto su eficacia anulada.

Otro punto a tener en cuenta es al solicitar o al enviar una donación de medicación por vía inyectable, tener en cuenta los disolventes, las jeringuillas y las agujas dependiendo de su vía de administración intramuscular o intravenosa.

En el caso de los campos de refugiados las donaciones muy puntuales de medicamentos muy concretos pueden ser muy bien recibidas, pero un abastecimiento de estas características es muy importante que tenga una gran regularidad y creemos que esta vía de abastecimiento en este caso no es la más aconsejable.

## **2 Medicamentos adquiridos en Europa**

Son medicamentos que se adquieren a unas ONG existentes en Bélgica (IDA) o en Alemania MEDEOR principalmente, actualmente existe en España CENTRAL DE COMPRAS MUNDI, que suministran medicamentos a todas las ONG con proyectos en Países en Vías de Desarrollo, o en zonas de desastres, sin ánimo de lucro y por tanto con unos precios muy asequibles ya que además sus envases de presentación son de 1.000 comprimidos o más.

El problema de hacer este tipo de pedidos lo constituye el tiempo que transcurre entre formular el pedido y la llegada del mismo. Si se hace una previsión adecuada es una muy buena forma de aprovisionamiento aunque pensamos que para aprovechar bien los envíos, convendría hacer los pedidos para un mínimo de 6 meses, si se dan las condiciones de estabilidad y perspectivas de futuro en el mismo sitio creemos que es muy adecuado este sistema.

Una de las grandes ventajas de acogerse a este tipo de suministro es que los pagos se pueden hacer desde cualquier lugar del mundo, y los envíos los entregan en el lugar al que van destinados libres de cargo alguno.

## **3 Medicamentos adquiridos localmente**

Este fue el método elegido por nosotros por las siguientes razones:

En la ciudad de Bukavu (Zaire) alrededor de la cual estaban situados los Campos de Refugiados existía una Farmacia Diocesana que disponía de medicamentos procedentes de IDA Bélgica, y de ACTION MEDEOR es decir con un control y etiquetado pertinente, que estaba abierta a todo tipo de personas que en ella quisieran adquirir medicamentos. Reunía las ventajas de los medicamentos adquiridos en Europa y las de la inmediatez, sin demoras en la entrega y por tanto solventando el problema que suponía un aumento de almacenamiento para un tiempo sin determinar.

Esta Farmacia tenía además la peculiaridad de tener montada una cadena de fabricación de Sueros con lo que, cuando en el mes de diciembre el ACNUR se quedó sin reservas de Sueros Glucosados pudimos abastecer a todos los Campos adquiriéndolos en la citada Farmacia.

Otro punto a tener en cuenta y no el de menor importancia, fue el que de alguna manera, dado el agravio comparativo con respecto a los refugiados que la población zaireña sentía, ya que la zona en sí estaba poco favorecida, el hecho de que nos abasteciéramos de medicamentos en su misma ciudad, les hacía entablar con nosotros unas mejores relaciones, ya que de ello se derivaban ventajas para sí mismos, tales como puestos de trabajo.

Por otro lado los precios de venta que tenían establecidos eran algo más caros que si los hubiéramos adquirido directamente a IDA pero sin embargo tenían la ventaja mencionada de la inmediatez.

Otro factor a tener en cuenta es que cuando empezamos este trabajo no conocíamos las cantidades de medicamentos que se podían necesitar y por tanto nos pareció que era más prudente ir comprando poco a poco aquello que nos iba haciendo falta hasta poder llegar a determinar cuales eran las cantidades y de qué medicamentos para poder hacer una previsión para seis meses y entonces empezar a establecer unos suministros basados en unas necesidades.

Creemos que este es una de las conclusiones prácticas que se han obtenido al llevar a cabo este estudio.

Pensamos que la cantidad de refugiados es lo suficientemente grande para poder establecer unas pautas aproximadas ya que exactas no sería de ningún modo posible.

El ACNUR refleja en sus estudios que la cantidad de medicamentos por vía oral representan aproximadamente el 45% del volumen total de medicamentos y material sanitario.

En la fase de post- emergencia, que es en la que se realizó este estudio, el material prácticamente estaba ya distribuido y por tanto nos encontramos con una reposición estrictamente de medicamentos y material de cura. Este último en volumen no representa una gran cantidad pero sí en precio por lo que hay que tenerlo en cuenta.

Podríamos por tanto inferir que si han hecho falta 0,26 Euros/refugiado /año para cubrir sus necesidades complementarias de medicamentos por vía oral harán falta otro tanto para cubrir el resto de material e inyectables, añadiendo un 10% de margen de error y pérdidas aunque en algunos tratados de suministros las cuantifican en un 20% estas desviaciones, llegamos a una horquilla entre **0,57 y 0,62 Euros/refugiado/año**, es decir que la ONG debe tener prevista esa cantidad para cubrir las necesidades en este terreno.

Teniendo en cuenta, como ya hemos apuntado anteriormente que estamos en este caso contemplando cuestiones pecuniarias, estas deberían repartirse de acuerdo con los criterios que hemos podido comprobar en este estudio, es decir el 50% teniendo en cuenta las pérdidas y desajustes deberían dedicarse a medicamentos por vía oral y dentro de estos el 72% a los Antiinfecciosos, un 12% a los Analgésicos, un 12% Gastrointestinal, 4% Vitaminas, 3% respiratorios y el resto es puramente testimonial o simbólico.

En el caso de las Sales de Rehidratación Oral hemos podido apreciar que el ACNUR cubre todas las necesidades por lo que no es necesario hacer acopio de ellas ya que su fecha de caducidad llega a expirar aún antes de haber salido de la Farmacia de la ONG.

Es por todo lo anterior, por lo que pensamos que cuando hay que hacerse cargo de un Campo ya establecido se podría en principio hacer una previsión de medicamentos basada en este esquema, que podría irse modificando a la luz de las diversas circunstancias a lo largo del período en el que el Campo va a seguir su funcionamiento.

Otro punto que queremos citar dada su singularidad, es que se acumulan en estos casos una gran cantidad de vendas, sin tener en cuenta que las vendas son de mucha menor utilidad que las gasas, ya que para hacer una cura no se utilizan vendas sino gasas. La realidad es que sobran vendas de todos los tamaños a la vez que faltan gasas y sobre todo esparadrapo. Debemos decir que en estos países el uso del esparadrapo es muy reciente debido al uso tradicional de la hoja de banano para hacer todo tipo de sujeciones. Si bien las ventajas del esparadrapo son de todos conocidas, el inconveniente es su elevado precio.

Por ello decíamos al principio que el otro cincuenta por ciento del presupuesto, no en volumen pero sí en precio, había que dedicarlo a material y dentro del material a gasas y esparadrapo; así como a jeringuillas de un solo uso de 3 cm y de 5 cm. Ya que las de 1 cm, que son muy abundantes son prácticamente inútiles y ocupan un espacio que podría ser utilizado de otra manera más eficaz. Con todo esto queremos señalar algo que nos parece esencial: antes de enviar material y medicamentos, hay que establecer unos criterios muy firmes, para que todo lo que se encuentre sobre el terreno tenga una aplicación determinada ya que sino es así, aunque en origen su precio sea muy económico, al final el coste es mayor tanto en transporte, como en almacenamiento así como en una destrucción que a la postre es su final.



Después de terminar este estudio y plasmarlo sobre el papel, empezamos a pensar que la verdadera Ayuda Internacional Humanitaria debería encaminarse a que estos Campos de Refugiados, de los que nos hemos estado ocupando a lo largo de todas estas páginas, no deberían haber existido jamás.

La Ayuda Internacional, para ser verdaderamente Ayuda, debería estar presente en los orígenes de todo conflicto, cuando la figura del refugiado aún no existe. Es decir haber intervenido antes de que el conflicto degenerara en la huida de las personas de sus tierras. Ya que no fue así, a partir de ahora creemos que todos los esfuerzos de la Ayuda Humanitaria Internacional deberían dirigirse a intervenir de forma que ninguna persona en ningún lugar de la Tierra tenga que abandonar su casa, su tierra y su país.

En el año 1999 el conflicto ha cambiado de escenario para plantearse con una crudeza extraordinaria y sin visos de una posible solución en Kosovo.

A escasos 2.000 kilómetros de España, ocurre lo mismo que hemos relatado en este estudio. Cinco años después los refugiados albano-kosovares, víctimas nuevamente de otro conflicto étnico muy distante de la realidad de Ruanda empiezan su andadura de dolor, hambre, carencias. En una palabra según la definición de enfermedad, los habitantes de Kosovo y sus países limítrofes están todos ellos ENFERMOS ya que no pueden llevar a cabo su proyecto de vida.

El día en el que esta Tesis Doctoral no tenga ningún sentido, por no existir ningún Campo de Refugiados habremos llegado a la mejor de todas las Conclusiones posibles.

## **7. CONCLUSIONES**

### **CONCLUSIONES**

- 1.** Una vez cuantificado el suministro de medicamentos efectuado por ACNUR a lo largo del periodo de estudio a todos los Campos de Refugiados se puso de manifiesto que era insuficiente y que hubo de ser complementado por la ONG
- 2.** La práctica totalidad de la medicación por vía oral suministrada estaba constituido por cuatro Grupos terapéuticos: Antiinfecciosos, Analgésicos, Gastrointestinal y Vitaminas.
- 3.** El ACNUR no suministra la totalidad de los medicamentos necesarios para el tratamiento de las patologías que reflejan los Boletines Epidemiológicos emitidos por los Campos de Refugiados.
- 4.** Los protocolos de tratamiento preconizados tanto por ACNUR como por OMS no se cumplen. Este hecho da lugar a serias distorsiones en el abastecimiento de medicamentos.
- 5.** Las necesidades de medicamentos sentidas en los Campos de Refugiados no se corresponden con los medicamentos realmente utilizados.
- 6.** Las Organizaciones No Gubernamentales encargadas de la salud de cada Campo de Refugiados deberán disponer de una Farmacia propia para poder suministrar a los Campos que se encuentren bajo su responsabilidad la medicación complementaria para el tratamiento de las patologías.
- 7.** Dada la diversidad de factores que influyen en la adquisición, suministro y gestión de la medicación complementaria, se hace necesaria la presencia de un profesional dedicado exclusivamente a esta tarea. Concluimos que un Farmacéutico es el profesional más idóneo.

- 8.** El coste de la medicación total por vía oral complementaria obtenido por refugiado y año ha sido de 0,26 euros.
- 9.** EL coste de la medicación complementaria de antibióticos obtenido por refugiado y año ha sido de 0,09 euros.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

ACNUR. *Manual para situaciones de emergencia. Primera parte: operaciones sobre el terreno.* Ginebra Febrero 1988.

Anuario. El estado del mundo 1997. Ed. Akal, Madrid 1997

Anuario. El estado del mundo 1998. Ed. Akal, Madrid 1998

Andrés, F. Zaire, un mundo a descubrir. Ed. Hermanos Maristas, Madrid 1995

Avery, A. Helping refugees to stay healthy. Ed. WHO *World Health* Geneva 48<sup>th</sup> 1995 vol15 n°6

Bandrés, I. Rwanda: la solidaridad se toma la revancha. *Refugiados*, Madrid 1994, vol III n°85:

Bankowski, Z ; Bryant, JH ; Gallagher, J. Ethics, Equity, and Health for All. Ed. CIOMS XXVI Conference. 1997

Bassani, F. La OMS en las emergencias: el reto de la cooperación y la complementariedad. *Salud Mundial* ;1996 ; 49 :4-5

Bennet, J. La autocooordinación de las ONGs. *Refugiados*, 1994; III (85) : 30

Ben Yahmed, S & Gray, R. El respeto a las normas sanitarias durante las emergencias. *Salud Mundial* ;1996 ;49 : 6-7

Berthiaume, C. Las ONGs : Nuestro brazo derecho. *Refugiados* 1994; III (85) : 3-7

BIOFORCE. [ Cholera in Goma, July 1994 ] Le choléra à Goma, Juillet 1994. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 1996; 44(4):358-363

Brown, LD, Korten, DC. Understanding voluntary development organizations: guidelines for donors. Washington DC: Institute for Development Research 1989; 10-11.

Brown, V ; Reilley, B ; Ferrir, MC ; Gabaldon, J ; Manoncourt, S. Cholera outbreak during massive influx of Rwandan returnees in Nov 1996. *The Lancet* 1997; 349 : 212

AHRTAG. Boletín internacional sobre control de enfermedades diarreicas. 1993; 45

Cavallo, JD; L.Niel; A.Talarmin; P.Dubrous. Sensibilité aux antibiotiques de souches épidémiques de *V. Cholerae* et *Shigella dysenteriae* 1 isolées dans les camps de réfugiés rwandais au Zaïre *Med.Trop.* 1995 ; 55:351-353.

CDC Center for Diseases Control. Guidelines for Collecting, Processing, Storing and Shipping diagnostic Specimen in refugees health care environments. Ed. CDC, Atlanta 1992

CDC. Famine-affected, Refugees and Displaced populations: Recommendations for Public Health Issues, *MMWR*, 1992 ; 41 :13

Cereceda Ferrer, M. Comparaison de la mortalité hospitalière dans les camps de réfugiés burundais et rwandais de Benako et Kitale Hill, Tanzanie 1994-1995. Medical News MSF 1997; 6 (3):20-27.

Conferencia de Expertos de Nairobi. Uso racional de los medicamentos. Nairobi Noviembre 1985. OMS Ginebra 1985.

Conferencia Internacional sobre refugiados centroamericanos Mayo 1989. Ciudad de Guatemala Ed. CIREFCA 1989

Convención de la ONU sobre el Estatuto de los refugiados 1951; 189 U.N.T.S.137

Conferencia Ministerial sobre Paludismo. Estrategia mundial de lucha antipalúdica. Amsterdam 26-27 Octubre 1992.

Chauvin, J. Study for profiling the characteristics for effective NGO/government collaboration.; Ed. Canadian Public Health Association Ottawa 1995

Cuny, F. Disasters and development. Oxford University Press, London 1983

Chrétien J-P. Hutu et Tutsi au Rwanda et au Burundi: Au coeur de l'ethnie-ethnies, tribalisme et l'Etat en Afrique. Ed. La Découverte, Paris 1985.

Davis S, A.P. Targeting the vulnerable in emergency situations: who is vulnerable? .The Lancet 1996 ; 348 : 868-871.

Declaración de Cartagena sobre los refugiados. Noviembre 1984.

Declaración conjunta OMS/UNICEF pour les campagnes de vaccination de masse .Ed. OMS, Geneve, 1997.

Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948 Ed. ONU New York 1948; U.N. Doc. A/810.

Delacollete, C ; Taelman, H ; Wery , M. An etiologic study of hemoglobinuria and blackwater fever in the Kivu Mountains, Zaire. Annals de la société Belge de Médecine Tropicale. 1995 ; 75(1):51-63.

Dickson, K. Colaboración entre organizaciones No Gubernamentales y los problemas en la reforma del sector de la Salud. Revista Panamericana de la Salud Pública 1997; 1 (4):324-329.

Dhillon, H.S.; Philip, L. Promotion de la santé et action communautaire en faveur de la santé dans les pays en développement. Ed. OMS, Genève, 1995.

Djeddah, C. Los niños y los conflictos armados. Salud Mundial, 1995 ; 49 : 12-13.

Djeddah , C. Refugee families. World Health Geneva, 48<sup>th</sup> year (6) 1995 ; 10-11

Dualeh, M W. Let us join forces. World Health Geneva 48<sup>th</sup> year (6) 1995 ;4-5.

Dyer, G. UNICEF'S rich history in emergency reponse. World Health Statistics Quarterly 1996; 49(3/4) :227-229.

Ebey Tessendorf, K L &, Cunningham P W. Africa: en busca de soluciones .Salud Mundial 1997; 50 (2) :20-21.

Eklblad, S...[et al ]. Help for refugees .World Health Forum ,Geneva 1997;18(3/4):305-310.

Edwards, M. Central Africa's :Cycle of violence. National Geographic, 1997, 191 (6):124-133.

Enenkel, S ; Stille, W. Antibiotics in the tropics. Ed. Springer, Berlin, 1990.

Gilles, H M. Tratamiento del Paludismo grave y complicado: Guía práctica. Ed. OMS, Ginebra, 1993.

Gray, R. Standardization of health relief items needed in the early phase of emergencies. World Health Statistics Quarterly, 1996; 49(3/4) :218-220.

Gowing, N. ¿Porqué se equivocaron tanto?. Refugiados, 1997 ; 98 : 30.

GOMA EPIDEMIOLOGY GROUP. Public Health impact of Rwandan refugee crisis, What happened in Goma, Zaire in July 1994? The Lancet 1995 ; 345:339-343

Haelterman E.; Boelaert, M ; Suetens, C ; Blok, L ; Henkens, M ; Toole, M. Impact of a mass vaccination campaign against a meningitis epidemic in a refugee camp. Tropical Medicine & International Health, 1996 ;1(3) :385-392.

Sowa, K. Tsewang M.; , Kiyohiro M. Aide médicale pour les camps de réfugiés [lettre]. Forum Mondial de la Santé, 1997;18(2):209-210.

Lamair, P .Cooperación crucial en la crisis de Rwanda. Refugiados, 1994;III (85) :11-13.

Lillibridge, SR ; Woji, EK ; Burkie, FM. Disaster assessment the emergency health evaluation of a population affected by a disaster. Ann. Emerg. Med. 1993;22:1715-1720.

Loretti, A. & Tegegn, Y. Disasters in Africa : old and new hazards and growing vulnerability. World Health Statistics Quarterly, 1996; 49(3/4):179-184.

Mac Namara, D. Todo el mundo sacó una nota deficiente. Refugiados 1997;98 ;22

Malé, S. Refugees: do not forget the basics. World Health Statistics Quarterly, 1996;49 (3/4) :221-225.



Malilay, J. Método modificado de muestreo por conglomerados para la evaluación rápida de necesidades después de un desastre. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 1997; 2 (1) :7-12.

Menu, J Pl. A new role for WHO in emergencies. *World Health Statistics Quarterly*, 1996 ; 49 (3/4) :168-171.

Michel, J M. Why do people like medicines: A perspective from Africa. *The Lancet* 1985;1:210,

Melrose, D. Bitter pills, medicines and the third world poor Ed.Oxfam,Londres 1982.

Moore, G D. Essential drugs for Kenya's rural population. *World Health Forum*, 1982 ;3 (2) : 196-199.

Mears, C ; Chowdury, S. Health care for refugees and displaced people. Ed.Oxfam Practical Health, Oxford 1994.

MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH. EL suministro de medicamentos. Boston, Massachusets, USA 1983.

Mahmoudhacen M. Adiestramiento para situaciones de emergencia. *Salud Mundial*, 1996 ;(6): 29-30.

Minden, M. Parteras para las refugiadas. *Salud Mundial*, 1997 50 (2)

Mendiluce, J.Mª ; Prader, P ; Kouchner, B. Actuar antes de que sea demasiado tarde. *El País*, Madrid 9 Agosto 1994 p.6.

Maskrey, A. Disaster mitigation: a community based approach. Oxfam ( Development Guidelines nº 3) Oxford, 1989.

MSF. Poblaciones en peligro. Ed.MSF, Madrid 1993.

MSF. Medicamentos esenciales: Guía práctica de utilización. Ed.MSF, Paris 1993

MSF. Refugee health. An approach to emergency situations. Ed.Mac Millan Education Londres 1997.

MSF. Guía clínica y terapéutica 2ª edición Ed.MSF París 1994.

OMS. Rapport sur la santé dans le monde. Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité 1997. Ed.OMS, Genève, 1997.

OMS. Paludisme: Manuel pour l'agent de santé communautaire. Ed.OMS, Genève 1997.

OMS. Prise en charge des infections respiratoires aiguës chez l'enfant: Guide pratique pour les soins ambulatoires. Ed.OMS, Genève 1997.

OMS. Usage rationnel des médicaments dans le traitement des diarrhées aiguës de l'enfant. Ed.OMS,Genève 1992.

OMS. Prise en charge et prévention de la diarrhée: Manuel pratique. Ed.OMS,Genève1994 Troisième édition.

OMS. Quimioterapia práctica del Paludismo. OMS Informe técnico 805 Ed.OMS,Ginebra 1990.

OMS. Aplicación de la estrategia mundial de lucha contra el Paludismo.OMS,Informe técnico 839. Ed.OMS,Ginebra 1993.

OMS. Soins a la mère et au nouveau-né dans le centre de santé:Guide pratique Ed.OMS,Genève 1995.

OMS. Programme OMS d'action pour les médicaments essentiels: Bien prescrire les médicaments:Guide pratique. Ed.OMS,Genève 1997.

OMS. El nuevo botiquín de Urgencia. Lista de medicamentos y material médico para 10.000 personas y aproximadamente 3 meses. Ed.OMS,Ginebra 1993.

Organización Panamericana de la Salud. Guía para la administración sanitaria de emergencia con posterioridad a los desastres naturales.Ed.OPS Washington DC 1981.

Ogata,S. Refugees: a challenge to humanity. World Health 1995;(6): 3.

OXFAM. Guía práctica de OXFAM para la atención a la salud de los refugiados.Ed.OXFAM,Oxford, 1983.

Patel,M.S. Drug costs in developing countries and policies to reduce them. World Development,1983; 2: 195-204.

Palmer,L &Durodami L. Qui prescrit le mieux: le médecin ou le dispensateur?.Forum Mondial de la Santé, 1997 ;18 (3/4) :367-369.

Plan mundial de acción de lucha contra el Paludismo, 1993-2000.

PRODERE.Programa de desarrollo para desplazados, refugiados y repatriados en Centroamérica. Ed.PRODERE,Mayo 1989.

Protocolo para el estatuto de los refugiados 1967; 606 U.N.T.S.267 Ed.ONU,New York 1967

Porignon,D; Noterman,J P; Hennart,P; Tanglet,R; Soronigane,EM ;Lokombe,TE. The role of the Zairian health services in the Rwandan refugee crisis.Disasters,1995 ;19 (4) :356-360.

Rainhorn,JD & Mainouna Bah Sangare. Antibióticos: remedio del que se abusa.Salud Mundial,I 1992 ;(2) :14-15.

Randall,K. Rwanda: buscando un camino de vuelta. Refugiados 1996 ; 94 :3-9.

Romero Perez,S. PARINAC, Colaboración en acción. Refugiados, 1994; III (85) : 8-9.

Rosenblatt,W H. Suministros médicos sobrantes. Salud Mundial, 1997; 50 : 24-25.

Rey,JL ; Milleliri,JM ;Soares,JL ;Boulin,JP ; Desfontaine M ;Merouze F ;Van de Perre,P . HIV seropositive and cholera in refugee children from Rwanda. AIDS Armée 1995 ; 9 (10) : 1203-1204.

Roberts,L ;Toole,M J. Cholera deaths in Goma. The Lancet 1995; 346:1431.

Rey,JL;Cavallo,JD ;Milleliri,JM ; L'Hoest,S ;Soares,JL ;Piny,W ; Coue,JC ;Jouan,M .[Fevers of undetermined origin in the camps of Rwandan refugees in the Goma region of Zaire( Setembre 1994)].les fièvres d'origine indéterminée(FOI)dans les camps de réfugiés Rwandais de la région de Goma au Zaïre (Septembre 1994).Bulletin de la Société de Pathologie Exotique 1996 ;89 (3) : 204-208.

Smith,GS. Development of rapid epidemiologic assessment methods to evaluate health status and delivery of health services. Int.J.Epidemiol. 1989; 18:S2-S15.

Samir B Y & Koob,P.Health sector approach to vulnerability reduction and emergency preparedness. World Health Statistics Quarterly, 1996 ; 49 (3/4) : 172-178.

Sandford,JP ;David N Gilbert ; Robert C. Moellering Jr ;Merle A.Sande. Guide to antimicrobial therapy.Ed.Vienne,Virginia,27 edition 1997.

Sanders,Craig. ¿Dónde han ido las flores.los árboles y los gorilas?.Refugiados 1997 ; ( 98) : 27-29

Sandler,R & Jones,TC. Medical Care of refugees. Ed.Oxford University Press,Oxford,1987.

Sauquillo,F ; Pons Grau,J . El conflicto de los Grandes Lagos.La solidaridad necesaria: un reto de la UE .Ed.Grupo Parlamentario de los Partidos Socialistas europeos.Madrid 1997.

Sauquillo,F ; Pradier,Pierre. "Burundi, todavía estamos a tiempo" El País, Madrid 3nov1994, p 10

Siem, H.Cooperación entre Organismos. Salud Mundial 1996 ; (6) : 26-27.

Simmonds,S ;Vaughan,P ; Gunnin,S.W. Refugee community Health Care Ed.Oxford University Press Oxford,1985.

Stromberg,P. De vuelta a casa.pero a un futuro incierto. Refugiados 1997 ; (98):19-21.

Tabibzadeh,I & Liisberg,E. Response of health systems to urbanization in developing countries. World health Forum, 1997 ; 18 (3/4) : 287-293.

T.E.Kleine-Ahlbrandt,S. The protection gap in the international protection of internally displaced persons: The case of Rwanda. Tesis Université de Genève 1996.

Timmermans,P ; Hess,U & Jones,M. Pyrimetamine-sulfadoxine resistant Falciparum malaria in East Africa. The Lancet 1982; 1181.

Tomkiewicz, S .L'enfant et la guerre. Forum Mondial de la Santé 1997 ; 18 (3/4) : 309-318.

Toole,MJ. The rapid assessment of Health problems in refugee and displaced populations. Med.Glob.Surv.1994 ;( 1) : 200-207.

Toole,MJ & Valdman,RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced population in developing countries. JAMA 1990 ;263 : 296-302.

T.V.M. de Jong,Joop. Preventing stress among refugees. World Health 1995 (6):12-14.

UNICEF.Asisting in emergencies. Ed.UNICEF,N.York,1986.

UNICEF.Estado Mundial de la Infancia.Tema: Nutrición Ed.UNICEF,.N.York 1998.

UNHCR. Servicios Sociales para refugiados en situaciones de emergencia. Ed.UNHCR,Ginebra 1991.

UNHCR. Guidelines on refugee children. Ed.UNHCR,Geneva 1988.

UNHCR. The state of the World Refugees. A Humanitarian agenda. Ed.Oxford University Press Oxford,1997-1998.

UNHCR. UNHCR/NGO Partnership.Results of the 1991 worldwide joint consultations.Ed.UNHCR,Geneva febrero 1992.

UNHCR; WHO UNAIDS. Guidelines for HIV interventions in emergency settings. Ed.UNHCR,Geneva 1996.

UNHCR. La vida en un campo de refugiados.Refugiados,1996 ;(93) III:3-29.

UNHCR. Global appeal Programe Overview.Ed.UNHCR,Geneva 1998 :47-64.

Veatch,R,M. L'équité,sera-t-elle compatible avec l'efficacité?. Forum Mondial de la Santé. 1997 ; 18 (2) : 160-165.

Ville de Goyet, C de...[et al.]. SUMMA [Supply Management Project] A management tool for post-disaster relief supplies.World Health Statistics Quarterly 1996 ;49 (3/4) : 189-194.

Van Damme,W. Do refugees belong in camps?.Experiences from Goma.The Lancet 1995 ;346 (8971):360-362.

Wickler,D. L'équité en santé, est-elle différente de l'équité en general?: discussion. Forum Mondial de la Santé, 1997 ; 18 (2) : 165-168.

Wilkinson,R. El corazón de las tinieblas.Refugiados,1997 ( 98) : 5-10.

Wilkinson, R. La crisis que el mundo olvidó. Refugiados 1997 ( 98) : 23-25.

Werner,D. Dónde no hay doctor. Ed.Mac Millan,Ciudad de México, 1980.

Wolday,D ; Kibreab,T ; Buyenya,D ; Holes,R. Sensivity of Plasmodium falciparum in vivo to chloroquine and Pyrimetamine-sulfadoxine in Rwanda patients in a refugee camps in Zaire. Transactions of the Royal Society of tropical Medicine & Hygiene.1995 ; 89 (6) : 654-656.

WHO. Consultative Group on the role of the pharmacist in the Health Care System. Ed.WHO,Vancouver,1997.

WHO. Great Lakes countries to intensify health collaboration. Geneva 1997. Press release WHO ;59.

WHO. Health situation in Zaire: WHO experts prepare ground in Goma for refugees from Kisangani. Geneva 1997. Press release WHO ; 32.

WHO. The health situation in Zaire is preoccupying. Geneva 1997.Press release WHO ;36.

WHO. Guidelines for drug donations.Ed.WHO,Geneva 1996.

WHO. Cómo estimar las necesidades de medicamentos .Ed.WHO,Ginebra 1989.

WHO. La salud mental de los refugiados.Ed.WHO, Ginebra 1997.

WHO. The World Health Report 1998. Life in the twenty-first century: A vision for all. Ed.WHO,Genève 1998.

WHO. The use of essential drugs. Model list of essential drugs(ninth list).Technical report series nº 867.Ed.WHO,Geneva 1997.

WHO. Assessment of the therapeutic efficacy of antimalarial drugs for uncomplicated falciparum malaria in areas with intense transmission.Ed.WHO,Geneva 1996.

WHO. Consultation on applied Health Research Priorities in complex emergencies. Ed.WHO,Geneva 1997.Report 28-29 october.

WHO. Task force on malaria and control meeting.Cairo Ed.WHO,Genève,1997.

**Páginas Web consultadas**

- CICR..... <http://www.cicr.org/>
- FAO..... <http://www.un.or.at/UNLinks.html>
- Journal of Humanitarian Assistance..... <http://www-jha.sps.cam.ac.uk/erwanda.htm>
- Mapa 1. Geográfico..... <http://www1.cfcsc.dnd.ca/Assurance/rwanda.html>
- Mapa 2 Campos..... <http://www.reliefweb.int/mapc/afr-gl/ent/rwa3cln.html>
- Mapa 3 Refugiados <http://www.reliefweb.int/mapc/afr-gl/reg/refmov3.html>
- MSF..... <http://www.msf.org>
- OXFAM..... <http://www.oxfam.org.uk>
- Oxford University Press.... <http://www.1.oup.co.uk>
- United Nations New York <http://www.un.org/>
- United Nations Geneva ....<http://www.unicef.org/>
- Virtual Library de UN ..... <http://www.undep.org/unlinks.html>
- WHO.....<http://www.who.org/>
- WHO..... <http://www.who.int/home/info.html>
- UNICEF..... <http://www.unicef.org/sowc98/>
- UNHCR..... <http://www.unhcr.ch/>

RELEVÉ EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

nom du camp/site:

\_\_\_\_\_

Agence/ONG :

\_\_\_\_\_

semaine No:

Du

au

populations du SITE/CAMP en fin de semaine:

6ans =

+

> 6ans =

TOTAL =

PROBLEMES DE SANTE	< 5 ans		> 5ans		TOTAL		
	NOUVEAUX CAS	DECES	NOUVEAUX CAS	DECES	NOUVEAUX CAS	ANCIENS CAS	DECES
DIARRHEE							
MENINGITE							
DIARRHEES SANGLANTES							
DIARRHEES NON SANGLANTES							
CHOLERA							
AFFECTION RESPIRATOIRE HAUTE							
AFFECTION RESPIRATOIRE BASSE							
CONJONCTIVITE							
PIEDRE D'ORIGINE INDETERMINEE							
PALUDISME CLINIQUE							
PALUDISME (GE/PROTIS +)							
TRAUMATISME							
MST							
SIDA (clinique)							
MALNUTRITION (<70% P/T)							
AFFECTION DERMATOLOGIQUE							
TUBERCULOSE PULMONAIRE (BX +)							
DIVERS (spécifier)							
AUTRES							
TOTAL							
DECES dans le camp							
NAISSANCES							
NB DE CPN							
NB DE TRANSFERTS							

REMARQUES

## DIVERS A SPECIFIER

[illegible]



# SURVEILLANCE

UNHCR BUKAVU OMS



COORDINATION MÉDICALE

# ÉPIDÉMIOLOGIQUE

## RAPPORT ÉPIDÉMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

SEMAINE N° 48 du 26.11.1995 au 02.12.1995 F

### 1. INTRODUCTION.

La population totale des Réfugiés se monte à 301'599, dont 46'955 enfants de moins de 5 ans, telle que rapportée par les partenaires de santé, dans 27 sites ou camps, les variations hebdomadaires correspondent au recomptage par l'un ou l'autre des partenaires.

### 2. SYSTÈME DE SANTÉ

Le taux de rapportage dans le système de surveillance épidémiologique n'est que de 100 %. !! BRAVO!!  
La disponibilité et l'accessibilité aux soins essentiels sont à 100 %.

### 3. SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Le top 5 des problèmes de santé est résumé ci-dessous en morbidité (cas/10'000p /j) ET en % des problèmes.

RANG	GLOBAL	S 48	%	RANG	ENFANTS<5A	S 48	%
1	PALUDISME CLINIQUE	33.33	26.03	1	PALUDISME CLINIQUE	44.05	23.45
2	INFECTIONS RESP. HAUTES	24.65	19.26	2	INFECT. RESP. BASSES	34.48	18.36
3	DIVERS	21.60	16.87	3	INFECT. RESP. HAUTES	32.84	17.48
4	INFECTIONS RESP. BASSES	13.98	10.92	4	DIVERS	22.24	11.84
5	AUTRES	9.37	7.3	5	DIARRHÉES NON SANGLAN TES	14.00	7.46
	TOTAL		80.38%		TOTAL		78.59

### 3.1 MORBIDITÉ

Le **PALUDISME CLINIQUE** reste en première position respectivement globalement et chez les moins de 5 ans. Les *affections respiratoires* demeurent élevées. Globalement et chez les enfants les diarrhées non sanglantes restent élevées. Le groupe des **AUTRES PROBLÈMES (diagnostic inconnu)** est à 7.3% : RESTER ATTENTIF. En consultant, surtout s'il y a davantage de consultations (dans certains camps, durant la semaine écoulée, on a atteint le niveau de 0.7 consultation/R/mois globalement et pour les moins de 5 ans 1.2 cons/R/mois alors qu'en moyenne on a respectivement 4.6 et 6.8 c/R/a ; ATTENTION AU TOURISME MÉDICAL!!

### 3.2 MORTALITÉ

Le taux de mortalité globale 0.30 (0.33) et celui des enfants de < 5 ans à 0.94 (0.69) sont en augmentation pour les moins de 5a et baisse globalement, alors qu'ils sont certainement optimistes par sous-rapportage.

### 3.3 LÉTALITÉ

Élevée chez les Sidéens et dans la tuberculose, associée certainement à du SIDA.

## 4. RECOMMANDATIONS

4.1 **SUIVRE LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE PALUDISME.** cf COOMED spéciale du 17.10.95

4.2 **PRENDRE GARDE AUX DIARRHÉES, ET AUX DIARRHÉES SANGLAN TES.** ( en légère diminution )  
**ANNONCE PROBABLE DU RETOUR DES SHIGELLOSES, TANDIS QUE LES AMIBIASES PERSISTENT DANS CERTAINS CAMPS.**

4.3 **SE MÉFIER DES AFFECTIONS RESPIRATOIRES QUI ONT TENDANCE À AUGMENTER.**

4.4 **TOUJOURS PENSER A LA MÉNINGITE POUR ÉVITER LES RETARDS DE PRISE EN CHARGE.**

4.5 **RESPECTER LES DIRECTIVES DE PRISE EN CHARGE DES MALNOURRIS.**

RECAPITULATIF

UD: 07.12.1995 07:02

ITEMS	GLOBAL			
	EFFECTIFS (nb)	MORBIDITE (U/J/10000)	DECES (nb)	LETALITE (dc/1000cas)
AGENCES / RAPPORTAGE	27			
POPULATIONS	301892			
ROUGEOLE	17	0.08	0	0.0
MENINGITE	2	0.01	1	500.0
DIARRHEES SANGLANTES	359	1.70	0	0.0
DIARRHEES NON SANGLANTES	1287	6.09	3	2.3
CHOLERA	0	0.00	0	#DIV/0!
INFECTIONS RESPIRATOIRES HAUTES	5210	24.65	1	0.2
INFECTIONS RESPIRATOIRES BASSES	2965	13.98	6	2.0
CONJONCTIVITE	212	1.00	0	0.0
FEVRE D'ORIGINE INDETERMINEE	659	3.12	1	1.5
PALUDISME CLINIQUE	7043	33.33	22	3.1
PALUDISME (GE/FOUITS +)	1102	5.21	2	1.8
TRAUMATISME	671	3.18	0	0.0
MST	117	0.55	0	0.0
SIDA	15	0.07	5	333.3
MALNUTRITION < 70% PIT	45	0.21	2	44.4
AFFECTION DERMATOLOGIQUE	804	3.80	0	0.0
TUBERCULOSE PULMONAIRE (BK+)	11	0.05	3	272.7
DIVERS	4565	21.60	7	1.5
AUTRES	1981	9.37	7	3.53
TOTAL	27055	128.03	60	2.22
DECES	64			
TAUX DE MORTALITE (D/J/10'000)	0.30			
TAUX DE RAPPORTAGE (%)	100			
NAISSANCES	255			

ENFANTS DE < 5 ans			
EFFECTIFS (nb)	MORBIDITE (U/J/10000)	DECES (nb)	LETALITE (dc/1000cas)
27			
47025			
9	0.27	0	0.0
1	0.03	1	1000.0
118	3.58	0	0.0
461	14.00	3	6.5
0	0.00	0	#DIV/0!
1081	32.84	1	0.9
1135	34.48	5	4.4
122	3.71	0	0.0
180	5.47	1	5.6
1450	44.05	5	3.4
270	8.20	0	0.0
61	1.85	0	0.0
0	0.00	0	#DIV/0!
0	0.00	0	#DIV/0!
32	0.97	0	0.0
236	7.17	0	0.0
2	0.06	1	500.0
732	22.24	4	5.5
293	8.90	5	17.06
6183	187.83	28	4.21
31			
0.94			

Medicaments	requisitions	H C R	O N G	total	consom
A,,A,,S100					
AAS300					
A,ASCORB					
A,FOLI,5MG					
A METIL DO					
ALU,HIDRO					
AMINOPHI					
AMPI250GEL					
AMPI500					
AMOXY500					
AMOXY250					
BUSCOPAN					
CHLORA250					
CLQUIN100					
COTRI480					
ERGOM0,5					
ERYTROMIC					
FER FOL					
FUROSEM40					
INDOME25					
LEVAMIS50					
MEBENDAZ					
METRONI					
NYST GYN					
NYSTATINE					
PARACE100					
PARACE500					
PHENOB30					
PENI V 250					
PREDNIS5MG					
PROMETAZ					
PROPANOLO					
QUININE300					
QUININE500					
SRO					
SULPHAPIR					

Medicaments	Utilisation	Requisition	N° Cures	Envoyé	N° Cures	*	Problemes de Santé	N Cas < 5 ans	N Cas > 5 ans	A Cas
A,,A,,S100	1*2*5=10									
AAS300	1*3*5=15						Rougeole			
A,ASCORB	1*3*5=15									
A,FOLI,5MG	1*3*5=15						Meningite			
A METIL DO	2*5=10									
ALU,HIDRO	3*1*5=15						Diarrhees Sanglantes			
AMINOPHI	3*1*5=15									
AMPI250GEL	3*2*5=30						Diarrhees non Sanglantes			
AMPI500	3*2*5=30									
AMOXY500	3*1*5=15						Affection Respiratoire Haute			
AMOXY250	3*2*5=30									
BUSCOPAN	3*1*5=15						Affection Respiratoire Basse			
CHLORA250	3*2*5=30									
CLQUIN100	6+6+3=15						Conjonctivite			
COTRI480	2*2*5=20									
ERGOM0,5	2*3*5=30						Fievre D'origine Indeterminée			
ERYTROMIC	3*2*5=30									
FER FOL	3*1*5=15						Paludisme Clinique			
FUROSEM40	2*1*5=10									
INDOME25	3*1*5=15						Paludisme ( GE / Frottis + )			
LEVAMIS50	3*1=3									
MEBENDAZ	2*1*5=10						Traumatisme			
METRONI	10*1=10									
NYST GYN	2*5=10						M S T			
NYSTATINE										
PARACE100	1*3*5=15						Sida Clinique			
PARACE500	3*1*5=15									
PHENOB30	1*2*5=10						Malnutrition ( <70 % P / T )			
PENT V 250	3*2*5=30									
PREDNIS5MG							Affection Dermatologique			
PROMETAZ	2*5=10									
PROPANOLO							Tuberculose Pulmonaire			
QUININE300	3*2*5=30									
QUININE500	1*2*5=10						Divers			
SRO	2*5=10									
SULPHAPIR	3*1=3						Autres			